

UDELAR – UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
CENUR L.N. – SEDE PAYSANDÚ
ISEF – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN FÍSICA
SEMINARIO TESINA

KARINA NANCY BIGATTI FALERO
ANA VALERIA MOREIRA GANCHAROV
LUCÍA RAQUEL RODRÍGUEZ PORTELA
NATALIA PAOLA RODRÍGUEZ PORTELA
ELEANA VONROTZ SABALSAGARAY

LA CORPOREIDAD DE MUJERES ADULTAS MAYORES CON ALZHEIMER:

Sentimientos, pertenencias y desafíos.

Paysandú, Uruguay

2023

KARINA NANCY BIGATTI FALERO
ANA VALERIA MOREIRA GANCHAROV
LUCÍA RAQUEL RODRÍGUEZ PORTELA
NATALIA PAOLA RODRÍGUEZ PORTELA
ELEANA VONROTZ SABALSAGARAY

LA CORPOREIDAD DE MUJERES ADULTAS MAYORES CON ALZHEIMER:

Sentimientos, pertenencias y desafíos.

Profa. Mg.. Ana Luisa Batista Santos – ISEF – CENUR L.N. - Orientadora.

Lic. Maestrando José Ignacio Estévez Rippa- ISEF – CENUR L.N. - Tribunal

Prof. Mg. Francisco Vasconcelos Neto – Universidad Complutense de Madrid - Tribunal

Maestra. Marta Pasarello - Atención de Alzheimer de Paysandú - Tribunal

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, les agradecemos a nuestras familias que siempre nos han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos nuestros objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su amor nos han impulsado siempre a perseguir nuestras metas y nunca abandonarlas frente a los retos que se iban presentando. También son los que nos han brindado el soporte emocional, material y económico para poder concentrarnos en los estudios y nunca abandonarlos.

Le agradecemos a nuestra tutora Ana Luisa Batista, por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones durante todo el proceso de investigación, no hubiésemos podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, lo recordaremos para siempre en nuestra memoria.

Agradecemos a la Universidad de la República que nos ha permitido obtener nuestro tan ansiado título. Además, al Fondo de Solidaridad que sin un respaldo económico no hubiese sido posible lograr esto, valorando este beneficio para los estudiantes de bajos recursos que no podrían alcanzar este objetivo.

Expresamos nuestra profunda gratitud al equipo de funcionarios y voluntarios del Centro de Atención de Alzheimer, así como a todas las personas que contribuyeron al desarrollo de nuestra investigación y colaboraron en la recopilación de datos. También agradecemos a los usuarios y usuarias del centro ADAP por permitirnos acercarnos previamente y compartir sus actividades.

Extendemos nuestro agradecimiento a las familias de cada mujer que participó en el grupo focal de esta investigación, por confiar en nuestro enfoque. Queremos hacer una mención especial a las mujeres entrevistadas, ya que, sin su participación fundamental, esta investigación no habría sido posible. Desde el primer día, estas mujeres se brindaron con sencillez y naturalidad, haciendo que todo el proceso fuera sumamente enriquecedor y gratificante tanto a nivel profesional como personal. Su colaboración despertó nuestra sensibilidad y promovió la reflexión, contribuyendo significativamente al éxito de este proyecto.

Por último, a cada una de nosotras, quienes nos hemos convertido en amigas. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas, destacando que a pesar de personalidades distintas hubo siempre un acuerdo, un vínculo de confianza, superando momentos de estrés, brindándonos mutuo apoyo.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud señala que el porcentaje de personas mayores de 60 años está aumentando en todo el mundo, y los países se enfrentan a desafíos para adaptar sus sistemas de salud y asistencia social a este cambio demográfico. Desde la perspectiva de la corporeidad, se comprende que las mujeres adultas mayores con Alzheimer se enfrentan a dificultades relacionadas con la percepción de su propio cuerpo, sus interacciones con los demás y su entorno físico. Se ha identificado una carencia de abordaje en este ámbito hasta la fecha, debido a que solo se encuentran investigaciones que abordan el Alzheimer desde la perspectiva biomédica y desde el cuidador. En este sentido, el objetivo general de esta investigación fue investigar las representaciones sociales acerca de la corporeidad de las mismas. Trata de una investigación descriptiva de tipo cualitativa. Se llevó a cabo en Paysandú, Uruguay, durante el mes de septiembre-diciembre del año 2023. La población objetivo fue mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer (grados 1 y 2). La recolección de datos se realizó a través de una entrevista en grupo focal, donde se plantearon preguntas simples y claras, previamente aprobadas por el médico referente del centro de Atención de Alzheimer Paysandú (ADAP). Los datos fueron analizados utilizando la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin. Se garantizó el respeto, la autonomía y la confidencialidad de los participantes, siguiendo las normas éticas establecidas por el Comité de Ética de la Universidad de la República. A partir de los encuentros realizados en el centro ADAP y la realización/análisis del grupo focal se encontraron las siguientes categorías y subcategorías: Corporeidad (físico, emocional, psicológico, social, cultural, espiritual y económico) y Desafíos (autonomía, autocuidado, pertenencia y diagnóstico). La prevalencia de palabras relatadas fue: familia, casa, sola, cuidarse y jardinería, las cuales representan las subcategorías y categorías de: lo físico, la familia, lo emocional negativo y las costumbres (Corporeidad); al centro y autonomía (Desafíos). Con este estudio se evidencia que la corporeidad de las mujeres adultas mayores con Alzheimer se ve afectada por los desafíos asociados con la autonomía, el autocuidado, los cambios/pérdidas en las relaciones y el acceso a centros especializados. Estas relaciones destacan la complejidad de la experiencia de estas mujeres, donde las dimensiones físicas, emocionales y sociales se entrelazan de manera significativa en el contexto del proceso de salud/enfermedad-atención/cuidado del Alzheimer. En conclusión, fue percibido que recibir cuidados especializados por un equipo multidisciplinar en un ambiente colectivo contribuye significativamente para la corporeidad de mujeres diagnosticadas con Alzheimer. Cabe destacar que el Educador Físico forma parte de los profesionales que intervienen con el grupo.

Palabras-clave: Envejecimiento, Alzheimer, Corporeidad, Representaciones Sociales, Equipo multidisciplinar.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	11
3.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	13
3.2.1 Conceptos de envejecimiento	13
3.2.2 Principales cambios en el envejecimiento	14
3.2.3 Cuidados y sus formas	16
3.2.4 Autocuidado	17
3.2.5 Conceptualización de Alzheimer	18
3.2.6 Características, signos y tratamiento	19
3.2.7 Concepto de corporeidad	21
3.2.8 Características de la corporeidad	22
4. METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
4.2 LUGAR Y PERÍODO.....	25
4.3 POBLACIÓN	25
4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS	26
4.4.1 GUÍA DE PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS	28
4.4.2 ASPECTOS ÉTICOS	29
4.5 ANÁLISIS DE DATOS.....	29
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ACERCAMIENTO	34
5.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
5.3 CARACTERIZACIÓN DE NUESTRO JARDÍN.	38
5.4 REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA CORPOREIDAD	40
5.5 LOS DESAFÍOS MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO.	47
6. CONSIDERACIONES FINALES	53
REFERENCIAS	56
8.1 TABLA DE BÚSQUEDA EN GOOGLE ACADÉMICO PARA LA REVISIÓN SISTEMÁTICA	62
8.2 FOTO DE PUZZLE DE LAS FLORES (GRUPO FOCAL).....	76
8.3 GUIÓN DE ENTREVISTA.....	77
8.3 TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO	79

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2022), señala que el porcentaje de personas mayores de 60 años está aumentando en todo el mundo, y los países se enfrentan a desafíos para adaptar sus sistemas de salud y asistencia social a este cambio demográfico. Alberca et al. (2002) plantea que las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y comparando con otras enfermedades demenciales, se puede afirmar que es una de las patologías con mayor incidencia y prevalencia en mujeres adultas mayores. A partir de la revisión del Estado del Arte, se logra reconocer la relación entre esperanza de vida, género y proceso de salud/enfermedad-atención/cuidado de Alzheimer.

De la primera publicación del Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (Mides-Inmayores, 2015) destaca que la población uruguaya es una sociedad en la que la tasa de natalidad es inferior a la tasa de mortalidad y que la esperanza de vida de la mujer en Uruguay es de aproximadamente 81 años, por lo que se vuelve relevante el abordaje de temáticas como el envejecimiento y la salud mental, en este sector de la población.

El aumento de la esperanza de vida puede afectar las representaciones sociales. Alasino (2011) expresa que las representaciones sociales son como patrones mentales, que se asemejan a lo que conocemos como "sentido común". Estas representaciones son una forma de conocimiento simbólico y emocional que se crea socialmente a través de la interacción y comunicación en un grupo social. Estas representaciones influyen en cómo nos comunicamos y nos comportamos, además de permitirnos comprender la realidad física y social que nos rodea.

Las representaciones sociales están relacionadas con la construcción de la corporeidad y a los aspectos emocionales, sociales y simbólicos del sujeto, inmerso en un contexto determinado que impacta las formas de comunicación y el comportamiento de esos individuos, dándole sentido a su realidad, tanto física como social. El aumento de la esperanza de vida puede influir en la formación de nuevas representaciones sociales en torno al envejecimiento y la salud en la sociedad.

Considerando la evolución del concepto de salud a lo largo de la historia, se aborda la noción de salud ampliada, que reconoce al individuo en su complejidad en diversas dimensiones. Esta perspectiva busca ir más allá de la definición tradicional de salud. Para comprender la amplitud de este enfoque, es esencial comenzar por la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1949. Según la OMS, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o invalideces" (Herruzo Cabrera *et al.*, p.3, 2015).

Esta concepción integral de la salud subraya la importancia de considerar no solo la ausencia de enfermedades, sino también el bienestar en aspectos físicos, mentales y sociales. La transición del concepto de salud tradicional hacia una perspectiva ampliada refleja

la comprensión de la complejidad del ser humano y la influencia de factores diversos en su salud individual y colectiva.

Las críticas al concepto tradicional de salud y los aportes provenientes de la salud colectiva y la epidemiología crítica han propiciado una expansión significativa en la comprensión contemporánea de la salud. Este enfoque más amplio reconoce la limitación de la visión exclusiva centrada en la ausencia de enfermedad y destaca la necesidad de considerar diversos determinantes y factores que influyen en la salud de las personas (Breilh, 2003, p.p 81-92). Entre estos determinantes se encuentran aspectos sociales, económicos, ambientales y sanitarios, que impactan tanto en la salud individual como en la colectiva.

Esta perspectiva integral se vuelve especialmente relevante al explorar enfermedades específicas, como la enfermedad de Alzheimer. Esta enfermedad neurodegenerativa progresiva, según la definición de Paz (2015),

“...se define como una enfermedad de alteración neurodegenerativa progresiva. Si bien la mayoría de los casos se inician con trastornos de la memoria, pueden existir otros patrones de alteración cognitiva que dificultan su diagnóstico. [...] Dentro de esta enfermedad se pueden observar tres fases que representan la progresión general, sin embargo, la misma no afecta a todas las personas de la misma manera, por lo cual puede variar en gravedad y cronología.” (p. 12)

Se presenta una diversidad de manifestaciones que van más allá de los trastornos de la memoria iniciales. Aunque la enfermedad sigue una progresión general dividida en tres fases, se destaca que no afecta a todas las personas de la misma manera, variando en gravedad y cronología. La conexión entre la ampliación del concepto de salud y la comprensión de enfermedades específicas, como el Alzheimer, subraya la importancia de un enfoque holístico que considere múltiples dimensiones para abordar eficazmente los desafíos de la salud en la sociedad contemporánea.

La enfermedad de Alzheimer, al impactar la salud del individuo, genera una compleja dinámica que se manifiesta de manera única en cada persona, implicando una pérdida progresiva de autonomía, seguridad y un aumento de la dependencia, especialmente en el ámbito cognitivo. Aunque puede manifestarse en diversos momentos del curso vital, tiende a presentarse con mayor frecuencia durante lo que internacionalmente se reconoce como la ancianidad, vejez o la etapa del adulto mayor.

En Uruguay, la definición de adulto mayor se establece para personas de 65 años o más, reflejando un país con un alto índice de envejecimiento. Es interesante observar que esta definición varía en otros países, donde se considera a alguien como adulto mayor a partir de los 60 años, manteniendo el estándar establecido por las Naciones Unidas desde hace varias décadas (Pugliese, 2014, p. 3).

Esta diversidad en la definición resalta la necesidad de comprender las particularidades de cada contexto cultural y social al abordar cuestiones relacionadas con el envejecimiento. El ser humano, como ente individual y social, se construye continuamente en interacción consigo mismo y con los demás. En este proceso dinámico, la corporeidad juega un papel central. Según Gomez (2002), el ser humano es intrínsecamente corporal, existiendo físicamente en y a través de un cuerpo genéticamente dispuesto para la acción autónoma. Esta corporeidad humana se presenta como una construcción bio-psicosocial permanente que experimenta adaptaciones a lo largo de todas las etapas del curso vital. La conexión entre la experiencia del envejecimiento, la definición de adulto mayor y la construcción permanente de la corporeidad destaca la complejidad inherente a la comprensión de la salud y el bienestar en la etapa del adulto mayor, especialmente cuando se enfrenta a enfermedades como el Alzheimer.

Por otra parte, la corporeidad se entiende como la percepción individual del cuerpo. Es un cuerpo sintiente, en permanente construcción, ubicado sobre los aspectos de la realidad "siendo un cuerpo" (componentes orgánicos) y "teniendo un cuerpo" (vivo, sensitivo, dinámico, emocional y social) (Borda, 2021). La corporeidad desde la perspectiva psico-corporal se centra en la percepción individual del cuerpo y su conexión emocional. Es fundamental para establecer vínculos y relaciones humanas, siendo el origen de la comunicación y la primera relación humana. Su estudio ha contribuido a comprender la experiencia humana y ha encontrado aplicaciones en disciplinas como la psicoterapia, la antropología y la sociología.

Para González Correa (2010), desde el enfoque psico-corporal, el término "corporeidad" se refiere a la percepción personal del cuerpo, que es viable gracias a la cinestesia y solo puede ser experimentada durante la vida. Esta percepción también permite al ser humano establecer conexiones emocionales a través del cuerpo. La corporeidad es el punto de partida para la comunicación y las primeras interacciones humanas. A través de ella, se logra tanto el autoconocimiento como el conocimiento de los demás.

El contexto de esta investigación, se ha focalizado en la perspectiva colectiva y corpórea de mujeres diagnosticadas con Alzheimer, constituyendo una población de estudio particular. Se ha identificado una carencia de abordaje en este ámbito hasta la fecha, debido a que solo se encuentran investigaciones que abordan el Alzheimer desde la perspectiva biomédica y desde el cuidador. Se plantea la siguiente interrogante como el principal problema a investigar: ¿Cuáles son las relaciones existentes entre la corporeidad y los desafíos enfrentados en las mujeres adultas mayores con Alzheimer en Paysandú?

Desde la perspectiva de la corporeidad, se comprende que las mujeres adultas mayores con Alzheimer se enfrentan a dificultades relacionadas con la percepción de su propio cuerpo, sus interacciones con los demás y su entorno físico. Pueden experimentar dificultades para reconocer su propia corporalidad, así como para llevar a cabo tareas

cotidianas y de cuidado personal, acentuado por la discriminación o estereotipos asociados a su edad, género o discapacidad. Se puede evidenciar en las etapas o grados de Alzheimer por la afectación progresiva de sus capacidades mentales (AUDAS, 2015; Olivera, 2020)

Cabe destacar que en cuanto al Estado del Arte no se han encontrado estudios en Uruguay que aborden exclusivamente el Alzheimer con la mujer como protagonista, ni como esta enfermedad afecta la percepción de su corporeidad, por lo que se reconoce la necesidad de ampliar la investigación en este campo. Es importante señalar que existen investigaciones relacionadas con la enfermedad de Alzheimer y la población adulta mayor en el ámbito de la psicología y la psicogerontología, pero no en la Educación Física. Resulta pertinente profundizar en este ámbito dentro del contexto específico de Uruguay, con el objetivo de generar conocimiento y comprensión más específicos y contextualizados sobre el tema en cuestión.

Es por ello que este estudio posee una gran relevancia social y académica por la ausencia de investigaciones enfocadas en esta problemática, en esta población y ubicación geográfica. En este sentido, se pretende establecer un hito significativo para futuras investigaciones, al ser el primer paso para fomentar nuevas exploraciones que profundicen en esta temática y contribuyan a expandir el conocimiento existente. Es importante destacar que esta investigación reviste un interés particular para el colectivo involucrado, ya que algunos de los miembros del equipo de investigadores tienen familiares que han padecido o están atravesando la Enfermedad de Alzheimer

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar las representaciones sociales acerca de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer en Paysandú.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer en Paysandú.
- Comprender los desafíos de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer en Paysandú.

3. MARCO TEÓRICO

Para dar inicio al marco teórico es importante una definición sobre el mismo, como se menciona en el libro Metodología de la investigación en Ciencias Sociales de Batthyány y Cabrera (2011), en el marco teórico se analiza y se exponen teorías, investigaciones y antecedentes en general, que se consideren válidos.

El investigador elabora los elementos fundamentales que caracterizan el tema de investigación. Para identificar los conceptos pertinentes y establecer una formulación adecuada del problema, examina los estudios previos y se adentra en la literatura académica relacionada. Mediante una revisión bibliográfica exhaustiva, busca y analiza informes de investigaciones ya realizadas, incorporando con frecuencia referencias a ellas en su marco teórico.

Para Ramos (2018), el marco teórico es una pieza clave en la investigación, puesto que ofrece una orientación al investigador para tomar decisiones claras y adecuadas durante los diferentes pasos rigurosos que se deben seguir en el abordaje del tema en cuestión. Además, en el marco teórico, es importante tener en cuenta los diversos enfoques conceptuales y de referencias que, según Tobar y Romano (2008), contribuyen a la construcción coherente y organizada de cada sección del documento, brindando coherencia y significado al objeto de investigación delimitado.

En este marco teórico, se explorarán conceptos fundamentales que permiten adquirir una comprensión profunda y responder a la pregunta de investigación de manera sólida. Estos conceptos actúan como herramientas esenciales para analizar y abordar el tema.

3.1 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Para llevar a cabo la investigación, es esencial realizar un análisis, explicación y demostración de la realidad que se va a investigar desde una perspectiva teórica. Esto requiere que el investigador establezca un marco de referencia basado en el conocimiento científico. En consecuencia, cada aspecto de la investigación debe surgir a partir del análisis y la organización teórica de la información previa disponible.

Este marco de referencia será una herramienta valiosa para identificar la información específica que necesitamos para abordar nuestras preguntas de investigación. Para lograrlo, se utiliza un conjunto de palabras claves y términos de búsqueda que permiten recuperar información relevante para el estudio.

Se optó por llevar a cabo este proceso en cuatro bases de datos fundamentales para el desarrollo del conocimiento en nuestra región. Estas bases de datos son: "Google Académico", "Timbo", "Colibrí" y "SciELO". En lo que respecta al uso de la plataforma "Google Académico", se eligió debido a su capacidad para localizar documentos de naturaleza

académica, que abarcan artículos, tesis, libros. Este recurso nos suministra información proveniente de diversas instituciones académicas tanto a nivel nacional como internacional.

En este contexto, se definieron como criterios de búsqueda un conjunto de palabras claves que se consideraron esenciales para iniciar las respectivas exploraciones. Las palabras que se utilizaron para las combinaciones fueron: anciano "enfermedad de Alzheimer" corporeidad. En cuanto a esta búsqueda surgieron 104 documentos en un principio, que en la revisión sistemática el número de los resultados va variando. De los 104 artículos recopilados con los términos de búsqueda, algunos se repiten, por lo cual el resultado exacto es de 96 documentos (Apéndice 8.1).

En la búsqueda realizada no se encontró información que aborde la corporeidad de la mujer adulta mayor con Alzheimer. Los documentos abordan principalmente al cuidador de la persona con la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad desde una perspectiva biológica. De los 96 artículos iniciales que se recabó solamente nos fueron de utilidad 7 artículos de la búsqueda anciano "enfermedad de Alzheimer" corporeidad.

En primera instancia se incluyó la tesis doctoral de Cerri (2016), "Envejecer (se) y cuidar (se)", destaca por su enfoque en los cuidados a personas mayores, desafiando la perspectiva biomédica española sobre el envejecimiento. Propone una visión interdependiente y destaca la complejidad de distinguir entre cuidados formales e informales. Aboga por políticas públicas transversales, reconociendo el cuidado como una responsabilidad social y política central en el proceso de envejecimiento.

Por otro lado, se seleccionó el artículo "La relación de ayuda a la persona mayor" de Bermejo (2004) por abordar la creciente presencia de la enfermedad de Alzheimer en personas mayores y brindar información sobre sus características. El libro se centra en ofrecer herramientas y estrategias para mejorar la comunicación y el acompañamiento a las personas mayores, incluyendo claves de comunicación, identificación del estilo relacional y la aplicación de la escucha activa, junto con cuentos y reflexiones ilustrativas.

El siguiente artículo de Salas (2006), titulado "La ciencia de los cuidados: marco investigativo para mejorar la calidad de vida en el envejecimiento", aborda la necesidad de cuidados integrales y humanizados para los ancianos. Destaca la importancia de la investigación, la antropología y la coordinación de factores para lograr un envejecimiento exitoso y mejorar la calidad de vida de los mayores.

Por otra parte, se seleccionó el trabajo "Sin mi memoria" de Olivera (2020) que se incorporó por abordar el Alzheimer y resaltar la importancia de la corporeidad. Es un trabajo académico de Diana Margarita Olivera Badillo presentado en 2020 como requisito para obtener el título de Profesional en Danza. Explora el impacto emocional del Alzheimer a través de una obra de danza contemporánea, representando la confusión, olvido y desesperación de una mujer afectada por la enfermedad.

Adicionalmente, la investigación de Ormazza (2022) explora la reminiscencia como técnica para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores. Se analizan artículos hispanos de 2018 a 2021, evaluando alcances, beneficios, aplicaciones y limitaciones de la técnica. Se destaca la escasez de estudios en el país sobre este tema. El trabajo busca generar debate sobre la viabilidad de usar la reminiscencia en la prevención del riesgo cognitivo en adultos mayores, considerando su impacto en la calidad de vida.

Por otra parte, se seleccionó Núñez (2015) que aborda el Alzheimer, sus niveles y diagnóstico en su obra "Psicología criminal y criminalística". El libro se centra en la psicología criminal, criminalística y la redacción de informes periciales en psicología y psiquiatría forense. Diseñado como un manual práctico, proporciona información precisa y básica dirigida a profesionales como abogados, policías, médicos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y trabajadores sociales. También pretende servir como apuntes fundamentales para estudiantes de derecho y psicología.

Finalmente, se incluyó la autora Solans (2015) que aborda el envejecimiento y sus facetas en "Representación del envejecimiento en la narrativa de Iris Murdoch". Explora la longevidad global, con énfasis en su feminización. Utiliza las novelas de Murdoch para examinar la influencia literaria en la percepción del envejecimiento, analizando el cuerpo como discurso, resistencia a estereotipos y experiencia temporal subjetiva. Destaca la edad como categoría sociocultural, revelando representaciones complejas, desafiando estereotipos y explorando la resistencia de los personajes a las expectativas etarias.

3.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.2.1 Conceptos de envejecimiento

El envejecimiento es un concepto fundamental relacionado con la corporeidad y el cuidado, y se considera uno de los factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. En la búsqueda de claridad sobre las etapas avanzadas de este proceso natural, surge la problemática de la falta de un criterio común en la denominación. Diversos términos como vejez, anciano, tercera y cuarta edad y adulto mayor se utilizan de manera ambigua y sin una definición explícita. Para abordar esta cuestión, se opta por el término "anciano" como el más adecuado y reconocido internacionalmente.

El envejecimiento es un proceso natural que abarca todo el curso vital, desde el momento de la concepción. Según la Real Academia Española (2001), Nogueira (2015) y Rodríguez (2022), el envejecimiento es la acción y el efecto de envejecer, que a su vez se define como hacer viejo a alguien o algo, hacerse vieja o antigua, una persona o cosa, o durar o permanecer por mucho tiempo. Estas definiciones no incluyen la idea de que el

envejecimiento sea una condición presente a lo largo de toda la vida, sino que se asocia con etapas más avanzadas.

La connotación temporal y las cualidades negativas de deterioro y deslucimiento están presentes en el término "viejo/a". Por otro lado, "vejez" se define como la cualidad de ser viejo, la edad senil o senectud, y los achaques, manías y "actitudes propias de la edad avanzada". Estas atribuciones asociadas al envejecimiento son mayormente negativas, como decadencia, deslucimiento, falta de buen juicio, prudencia o sensatez, y la presencia de achaques y manías.

Para la Real Academia Española (2001), la senectud se describe como el período de la vida humana que sigue a la madurez. La madurez se define como buen juicio, prudencia, sensatez, y la edad en la que se ha alcanzado la plenitud vital sin llegar aún a la vejez. Estas exploraciones revelan cómo estas conceptualizaciones integran las cualidades atribuidas a ser viejo que coinciden con Rodríguez (2022), e incluyen la decadencia física, moral, en algunos casos, mental, entre otras. En contradicción con lo expuesto anteriormente, se considera que la vejez está asociada a la sabiduría y experiencia.

Soláns (2016), destaca la importancia del lenguaje políticamente correcto y cómo este puede influir en la percepción y aceptación de la vejez. Se enfatiza la necesidad de desafiar los estereotipos negativos, promover una visión positiva y activa del envejecimiento. Por su parte, Bermejo (2004), plantea la necesidad de una revolución cultural en la concepción y representación de la vejez, buscando desafiar el tabú y promover una visión enriquecedora y positiva de esta etapa de la vida.

Solans (2016), Bermejo (2004), Nogueira (2015) y Rodríguez (2022) coinciden en la importancia de desafiar los estereotipos negativos asociados al envejecimiento y promover una visión más positiva y activa de esta etapa. También destacan la importancia del lenguaje y las representaciones culturales en la forma en que se percibe y se vive el envejecimiento. Es necesario cuestionar las connotaciones negativas y reconocer la diversidad de experiencias individuales en el proceso de envejecimiento.

3.2.2 Principales cambios en el envejecimiento

Para De Jaeger (2018), OMS (2022) y Benini (2020) el envejecimiento es un conjunto de sucesos o eventos que se presentan luego de la concepción y que se hacen más notorios después de los 35 años. La etapa de la vejez, ancianidad o tercera edad, generalmente se sitúa entre los 60 y 65 años. El envejecimiento es un proceso universal, natural, gradual, irreversible e inevitable pero controlable, que ocurre a lo largo de la vida de los seres humanos e implica cambios dinámicos en el cuerpo y la mente. Está influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos, como la genética, el estrés oxidativo, la dieta y el estilo de vida (Ormaza, 2022; Solans, 2016; Bermejo, 2004; De Jaeger, 2018; Benini, 2020)

Según la OMS (2020), De Jaeger (2018) y Benini (2020), el envejecimiento se produce como resultado de la acumulación gradual de daños moleculares y celulares, a un declive progresivo de las capacidades físicas y mentales a lo largo del tiempo, aumentando el riesgo de enfermedades y llevando finalmente a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su relación con la edad cronológica es relativa. Además, el envejecimiento suele estar asociado con otras transiciones vitales, como la jubilación, el cambio de vivienda, la pérdida de familia de origen, parejas y amigos.

En la vejez, según Envejecimiento y Salud de la OMS (2022), Ormaza (2022), Solans (2016), Bermejo (2004), De Jaeger (2018) y Benini (2020) se presentan diversas condiciones de salud frecuentes y a medida que se avanza en edad, aumenta la probabilidad de experimentar múltiples afecciones al mismo tiempo y la aparición de síndromes geriátricos complejos.

Según De Jaeger (2018), algunas disparidades en la salud de las personas mayores pueden estar relacionadas con factores genéticos, al entorno físico y social en el que se desenvuelven, incluida la calidad de la vivienda, el entorno vecinal y comunitario, así como aspectos personales como el género, la etnia y el nivel socioeconómico. El entorno en el que se crece, junto con las características individuales, tienen repercusiones duraderas en el proceso de envejecimiento. A medida que se envejece, se experimentan limitaciones en las capacidades físicas y cognitivas, que se ajustan a la edad cronológica, pero que dependen de variaciones individuales.

Diversas prácticas y ajustes en la rutina diaria ofrecen a los adultos mayores oportunidades para adaptarse y elevar su calidad de vida. Estas incluyen comprometerse en actividad física regular, adoptar una dieta balanceada, mantener conexiones sociales activas y acceder a servicios de atención médica y respaldo emocional. Abordar el envejecimiento como un reto es esencial, destacando la importancia de mejorar tanto el entorno físico como social. Fomentar hábitos saludables y asegurar un acceso adecuado a servicios de atención son claves para asegurar una etapa de vida gratificante, reconociendo su presencia creciente en la población y evitando percibirlo exclusivamente como un problema (Ormaza, 2022; Solans, 2016; Bermejo, 2004).

Según Nogueira (2015), Rodríguez, (2022), OMS (2022), Ormaza (2022), Solans (2016), Bermejo (2004), De Jaeger (2018) y Benini (2020), el aumento de la expectativa de vida brinda nuevas posibilidades tanto para las personas de edad avanzada y sus familias, como para la sociedad en general. Estos años adicionales de vida ofrecen la oportunidad de participar en nuevas actividades, continuar estudios, emprender una nueva carrera o retomar pasatiempos. Las personas mayores contribuyen de diversas maneras a sus familias y comunidades, pero estas oportunidades y contribuciones están determinadas principalmente por el estado de salud.

El cuidado mutuo y continuo es fundamental para una vida satisfactoria tanto a nivel individual como social. Es esencial separar la dependencia de los cuerpos envejecidos, con el fin de otorgar un nuevo significado al proceso de envejecimiento sin asociarlo con la pérdida de autonomía y un aumento en la dependencia (Ormaza, 2022; Solans, 2016; Bermejo, 2004).

Los entornos físicos y sociales, los hábitos y el sistema de salud pueden beneficiar o perjudicar el estado del adulto en esta etapa. El envejecimiento poblacional es un reto relacionado con el aumento de la dependencia de las personas mayores de 65 años, ya que generalmente presentan mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que implica un incremento en la necesidad de cuidado.

3.2.3 Cuidados y sus formas

Con respecto al concepto de cuidados, en el artículo “Envejecer (se) y cuidar (se)” Cerri (2016), aborda el propósito del cuidado. El cual implica, proporcionar bienestar físico, social y emocional, para que se pueda vivir una vida de manera satisfactoria, según sus condicionamientos individuales. El cuidado, que “es cosa de a dos” implica la interacción entre el cuidador y el receptor del cuidado.

Una relación que involucra a más de dos personas y va más allá de atender y satisfacer las necesidades físicas y mentales. Esta conexión también tiene en cuenta los aspectos morales y emocionales, buscando abordar las necesidades de cuidado tanto de aquellos que lo demandan como de quienes lo proporcionan. (Martín Palomo, 2009; Tronto, 2005, 2010 en Cerri, 2016).

En otros artículos de la búsqueda, se habla del concepto de cuidado según W.T.Reich (en Carttorini (1993) en Salas (2006) en dos subtipos de cuidados: Competente y Personal.

“El primero entiende el cuidado de manera fragmentaria, al cuidado de todos y cada uno de los elementos que integran la corporeidad humana, y requiere de unos conocimientos de orden anatómico y fisiológico, precisa de personal técnico y especializado. Mientras que el personal, se apoya en el competente, pero se amplía con cuidados empáticos de tipo individual, el trato afectivo, la sensibilidad, la complicidad personal, la confianza, la proximidad de orden ético, exigiendo grandes dotes comunicativas y conocimientos de índole psicológico, de un determinado talante moral, un ethos profesional”. (Salas, 2006)

El cuidado hacia el adulto mayor es proporcionado por el entorno familiar, centrado principalmente en las mujeres, ya sean hijas, nietas o hermanas, quienes históricamente se han encargado y realizado esta práctica, aunque existen casos en que los varones realizan las prácticas de cuidado.

En la Guía de Sistema de Cuidados de Uruguay, “Guía para cuidadores y cuidadoras”, se define los cuidados como “el conjunto de actividades que a diario y por generaciones,

brindan bienestar físico y emocional a las personas y a la sociedad en su conjunto.” (MIDES, 2022) La Ley 19.353, “Ley de Cuidados”, establecida en noviembre de 2015, en Uruguay, reconoce el cuidado como un derecho social. Esto significa que todas las personas en situación de dependencia tienen derecho a cuidados de calidad, la responsabilidad primero es de la familia que depende de sus valores morales y posibilidades económicas. El gobierno garantiza su provisión efectiva.

El cuidado, es fundamental en las relaciones humanas, implica atención y consideración hacia los demás. Joan Tronto en Cerri (2016), propone cinco formas de cuidado: "ocuparse de los demás", implica reconocer su existencia y necesidades; "hacerse cargo", implica asumir responsabilidad y rendir cuentas; "brindar cuidado", implica realizar acciones éticas para apoyar en la vida diaria; "recibir el cuidado", implica estar dispuesto a recibirlo y corresponsabilizarse; y "cuidar con", que se basa en la confianza y solidaridad mutua.

Estas formas de cuidado permiten comprender y practicar el cuidado en nuestras relaciones, construyendo vínculos significativos y apoyándonos mutuamente. El cuidado se convierte en una forma de solidaridad que promueve el bienestar y la calidad de vida de las personas.

3.2.4 Autocuidado

La idea de la pérdida de funcionalidades en tareas cotidianas con la edad, se ve acentuada en mujeres adultas mayores que padecen la Enfermedad de Alzheimer, por lo que es importante hablar de autocuidado. Posso (2020), expone que el autocuidado implica llevar a cabo diversas actividades en función de la situación de salud de las personas. El autocuidado cumple con el objetivo de mantener una vida saludable, promover el desarrollo personal, preservar el bienestar, disfrutar plenamente de la vida, recuperarse de daños y enfermedades, así como manejar sus efectos de manera adecuada.

El autocuidado debe ser integral, no solo a las necesidades básicas, sino que tiene que incluir las necesidades psicológicas, de recreación, social y espiritual. Para que el adulto mayor logre ese propósito, es importante la participación de la familia y las redes de apoyo. Es importante la estimulación del autocuidado, como lo expresa Posso (2020) “El principal objetivo del autocuidado es prolongar la vida libre de discapacidades o funcionalmente sana” (Posso, 2020 p.4). Esta estimulación, principalmente cognitiva, permite aplazar la aparición de la pérdida de autonomía y discapacidad.

En el trabajo de grado “Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados” (Guzman Olea et al, 2017) existe una perspectiva que explica el autocuidado como una estrategia tanto personal como familiar, que busca promover y atender la salud.

Para llevar a cabo esta estrategia de manera efectiva, es necesario contar con elementos fundamentales como el diagnóstico de la situación de salud, la capacitación de campos disciplinarios para adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con la atención primaria. El empoderamiento permite mediante la adquisición de conocimientos y la toma de acciones, abordar los aspectos biopsicosociales a los que se enfrenta el autocuidado.

Existe una relación entre autocuidado y empoderamiento, donde se menciona que el empoderamiento refuerza la aceptación de las condiciones de salud, desarrollando una preocupación e interés por aprender, que beneficia las acciones de autocuidado. El autocuidado desarrolla autonomía, libertad para el control y la toma de decisiones, favoreciendo el mejoramiento de la calidad de vida, desde un marco individual, familiar, comunitario e institucional (Guzman Olea et al, 2017). Esto es viable si la persona tiene las condiciones mentales para hacerlo. En lo que respecta a la Enfermedad de Alzheimer, esta quita la conciencia de estos aspectos, dificultando el autocuidado y el empoderamiento.

3.2.5 Conceptualización de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer, es la principal causa de demencia en las personas mayores. Se trata de una enfermedad de origen complejo, a veces hereditaria (desencadenada por los efectos secundarios del tratamiento de otras patologías o afecciones y/o la alimentación), que se caracteriza anatómicamente por la pérdida de células nerviosas y conexiones sinápticas, así como por la presencia de placas seniles y degeneración neurofibrilar. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta como una demencia que se desarrolla gradualmente y de manera insidiosa, generalmente comenzando con problemas de memoria a corto plazo y culminando en un estado en el que el paciente se encuentra postrado en cama y dependiente de los demás (Donoso, 2003, citado en Olivera, 2023, p. 13).

En su tesis "Sin mi memoria" Olivera expresa, "La enfermedad de Alzheimer: como un ladrón de memoria que, en pocos años, sume al paciente en una tremenda oscuridad y le va privando progresivamente de todas sus capacidades mentales". (Olivera, 2020 p.17). Siguiendo con esta autora se plantea que la enfermedad del Alzheimer va robándose al individuo que una vez compartió experiencias, momentos de felicidad, tristeza, lágrimas y preocupaciones, hasta sumirlo en un estado indefinido del cual no se puede recuperar.

La Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS) plantea a la Enfermedad de Alzheimer "Es una enfermedad del cerebro progresiva e irreversible que produce un deterioro gradual de la memoria, de la capacidad de aprender, de razonar, formar juicios, comunicarse y llevar a cabo las actividades de la vida diaria de una persona" (AUDAS, 2015, p. 10).

3.2.6 Características, signos y tratamiento

Para analizar este punto, es importante comenzar citando a La Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS)

“La enfermedad de Alzheimer se presenta en cada persona de diferente manera y su impacto, en gran parte, está relacionado a cómo era la persona antes de la enfermedad, a su personalidad, estilo de vida y condición física. No todas las personas afectadas presentan los mismos síntomas, los que varían de una persona a otra. Como la enfermedad es progresiva, avanza en forma gradual, podemos distinguir tres etapas que sirven para comprender el avance de la enfermedad, estar atento a los síntomas que se presentan y ayudar a los cuidadores frente a los problemas que se pueden ir presentando. Cada persona tendrá un progreso de su enfermedad propio y muchas veces distinto al de otras afectadas por Alzheimer. Asimismo, cabe precisar que los síntomas ubicados en una etapa, no son exclusivos de la misma y pueden aparecer en otra. Se ubican en una etapa determinada como una orientación para el familiar o el cuidador”. (AUDAS, 2015, p.11)

Las demencias, incluyendo el Alzheimer, se dividen en categorías de leve, moderada y grave, así como en etapas tempranas, medias y tardías. Los médicos utilizan comúnmente una herramienta llamada Escala de Deterioro Global (GDS) o Escala de Reisberg, creada por el Dr. Barry Reisberg, un psiquiatra geriátrico. Esta escala consta de siete etapas y se utiliza para evaluar la progresión de la demencia.

En la publicación “Desafíos frente al Alzheimer” de AUDAS (Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares), se describen las etapas (grados) de esta enfermedad.

- 1) En la primera etapa, que tiene una duración aproximada de 2 a 5 años, se observa un paulatino deterioro en la memoria, afectando también la percepción del tiempo y el espacio. Además, se experimenta una disminución en la concentración y cambios de humor, acompañados de síntomas de depresión como apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. A medida que avanza esta etapa, es común notar inquietud, agitación y ansiedad en la persona; es importante destacar que, durante esta fase, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción se conservan.
- 2) En este periodo, que abarca de 2 a 10 años, comienzan a surgir problemas de disfasia, apraxia y agnosia. La disfasia se caracteriza por la dificultad para comprender y expresarse a través del lenguaje, mientras que la apraxia implica dificultades en la realización de funciones aprendidas. Por otro lado, la agnosia se refiere a la pérdida de la capacidad para reconocer objetos o personas. Durante esta etapa, también pueden aparecer algunos rasgos de tipo psicótico. Además, la dependencia de un cuidador se vuelve cada vez mayor. La persona tiende a deambular, recorriendo la casa, revolviendo cajones y ordenando la ropa o los papeles varias veces al día.

- 3) Y en la última, se observa una marcada afectación de todas las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, manifestando una mayor rigidez muscular y resistencia al cambio postural. Es posible que se presenten temblores e incluso crisis epilépticas. En esta etapa, la persona ya no reconoce a sus familiares y llega a desconocer su propio rostro en el espejo. La personalidad que la caracterizaba desaparece por completo. Además, se muestra profundamente apática, perdiendo habilidades automáticas como lavarse, vestirse, caminar o comer, y se observa una cierta pérdida de respuesta al dolor. La incontinencia urinaria y fecal se hace presente, y la dependencia total de un cuidador se vuelve necesaria. Sin embargo, cabe mencionar que se conserva la memoria afectiva y la comunicación se mantiene mediante gestos.

Existen tratamientos farmacológicos disponibles para tratar la EA, se reconoce que no son la única opción para abordar esta enfermedad. En un trabajo de grado titulado "Los tratamientos no farmacológicos de la enfermedad de Alzheimer" presentado por Callejo (2020), se exploran diferentes enfoques de tratamiento que no involucran medicamentos. Actualmente, continúan las investigaciones sobre la enfermedad de Alzheimer, pero aún no existe tratamiento que la cure o la prevenga. Se utilizan tratamientos farmacológicos conocidos para detener su progresión, como lo son los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) el donepezilo, rivastigmina y galantamina, así como la memantina.

Estos medicamentos se utilizan en diferentes etapas de la enfermedad, asignando los IACE a aquellos con EA leve o moderada, mientras que la memantina se administra en casos de EA avanzada, con un deterioro funcional significativo. Es importante tener en cuenta que, aunque estos tratamientos son considerados "efectivos", presentan efectos secundarios y su efectividad es temporal.

Según Peña (1999) en Soto & Jimenez (2019) afirma que los medicamentos (farmacológicos) son una terapia que contribuye habilidosamente a las personas con demencia a resolver numerosos problemas, pero estos mismos, pueden manifestar unas respuestas indeseables que podrían agravar su estado mental. Es el médico a partir de los síntomas específicos que identifica en cada paciente y de acuerdo a sus requerimientos, elabora la terapia farmacológica a emplear.

Callejo (2020) menciona que se busca proporcionar un tratamiento integral a través de diferentes enfoques. El trabajo multidisciplinario implica la intervención de diversas áreas, incluyendo la neuropsicología, medicina, terapia ocupacional, psicología clínica, fisioterapia, entre otras, para brindar atención integral al paciente con EA y su entorno.

El modelo de atención centrado en la persona con demencia es otra forma de intervención destacada en el trabajo. En este modelo, la persona con EA se convierte en el centro del cuidado y bienestar, en todas las acciones profesionales. Esta aproximación implica

flexibilidad, empatía y compasión hacia el paciente. En relación con el modelo DICE (Describir, Investigar, Crear y Evaluar), se establece que este determina los aspectos a tener en cuenta al desarrollar un plan de tratamiento integral para la EA. Esto implica coordinar no solo los tratamientos no farmacológicos adecuados, sino también su coordinación con el tratamiento farmacológico más apropiado en cada momento.

Además, se presenta la intervención cognitiva como una estrategia para mantener y optimizar los procesos cognitivos y psicológicos, que son especialmente afectados en pacientes con EA. Para llevar a cabo esta intervención, se debe realizar una evaluación previa para determinar el estado cognitivo del paciente, y esta evaluación debe repetirse periódicamente para realizar un seguimiento adecuado. El plan de seguimiento debe ser flexible y proactivo, adaptándose a las necesidades del paciente y su entorno.

Existen diversas técnicas para la intervención cognitiva, como la Terapia Orientada a la Realidad, terapia de reminiscencia, técnicas de memoria, ejercicios específicos para otras funciones cognitivas, estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo.

3.2.7 Concepto de corporeidad

Para entender qué es la corporeidad, primero se debe entender que el cuerpo humano es la estructura somática definida por un complejo biológico/funcional, conformado por órganos, aparatos y sistemas, el cual es el vehículo físico donde se manifiestan las representaciones en constante interacción entre la persona y el contexto.

Conceptualizando según Merleau Ponty (1996) "la corporeidad es la experiencia vivida; es el cuerpo como una realidad fenomenológica constituida por las manifestaciones corporales tal y como aparece en la vida misma". (Vallejo, 2011, p.107; Benjumea, 2004). El concepto fenomenológico de corporeidad planteado por Mélich expresa que "ser corpóreo (leib-Sein) significa abrirse a toda una serie de dimensiones antropológicas y sociales. Significa ser-sí-mismo, pero también ser-tú, ser-con y ser-en-el-mundo. Pero no ser-en-el mundo receptivo, paciente, sino básicamente activo, agente, ser-con-el-mundo" (Mélich, 1994, citado en Hurtado, 2008, p. 79)

También se refiere a un individuo pensante y reflexivo, con una psique y capacidad racional. Es una persona dotada de emociones, afectos y convicciones profundas, ligadas a su dimensión espiritual. Es un ser que existe en relación con otros seres, inserto en lo social, capaz de establecer conexiones, interactuar, amar y experimentar sensaciones. Puede experimentar sufrimiento y sentir alegría, aprender y vivir, alcanzar logros y cometer equivocaciones, enfrentar obstáculos, pero también recuperarse y levantarse, nacer, crecer, desarrollarse, envejecer y morir. Es un ser finito, aunque simultáneamente trascendente en su naturaleza.

Hurtado (2008) plantea que la corporeidad es una conceptualización situada en la condición humana, en la medida que reconoce el determinismo biológico de orden filogenético, pero lo trasciende y lo conecta a los procesos de interacción social y de mediación cultural de orden ontogenético. Cada cultura y persona tiene su propia corporeidad que es propia de la condición humana y que varía en el transcurso de la vida.

Alicia Grasso (2020) afirma: “La corporeidad es la integración permanente de múltiples factores psíquico, físico, espiritual, motriz, afectivo, social e intelectual, componentes todos de la entidad original, única, sorprendente y exclusiva que es el ser humano: Soy yo y todo aquello en lo que me corporizo, todo lo que me identifica. Nuestra corporeidad está presente aun cuando nosotros no lo estamos físicamente...” (Grasso, 2020, p.13)

3.2.8 Características de la corporeidad

La corporeidad se refiere a la totalidad compleja del ser humano, que abarca diferentes aspectos y dimensiones de su existencia. Según el trabajo de Vallejo (2011); Benjumea (2004); Paredes (2003) se pueden identificar varios criterios que son fundamentales para comprender la corporeidad en su totalidad.

El primer criterio destaca que cualquier modificación o cambio en los esquemas encarnados, es decir, en la forma en que el cuerpo se relaciona e interactúa con el entorno, genera alteraciones y reajustes en el conocimiento implícito y explícito del individuo. Esto implica que el cuerpo no solo es un vehículo físico, sino también un medio a través del cual adquiere y procesa información, tanto de manera consciente como inconsciente. Cualquier alteración de los esquemas corporales afecta directamente la forma de percibir y comprender el mundo. (Vallejo, 2011)

El siguiente criterio resalta que cualquier modificación o alteración en la lógica del contexto también tiene un impacto en los esquemas del sujeto. El cuerpo y la experiencia corpórea están intrínsecamente ligados al entorno en el que se vive y se desenvuelve. Si se produce un cambio significativo en el contexto, ya sea a nivel social, cultural o ambiental, los esquemas corporales se ven afectados y se producen ajustes en la forma de relacionarse con el mundo. El cuerpo es moldeado y adaptado por el entorno en el que se encuentra, y las experiencias corpóreas son influenciadas por las condiciones contextuales en las que se desenvuelve. (Vallejo, 2011)

Siguiendo los dos criterios anteriores, se afirma que cualquier alteración en el contexto o en las representaciones que los individuos tienen de sí mismos también afectará al cuerpo. El cuerpo según es un reflejo de las experiencias y vivencias, y estas a su vez están influenciadas por el entorno y por las percepciones e interpretaciones personales. Por lo tanto, cualquier cambio en el contexto o en las representaciones internas modificará el cuerpo y, en consecuencia, los rasgos de identidad de los sujetos. Las metáforas identitarias, es decir, las

formas en que se concibe a sí mismo, están íntimamente ligadas a la corporeidad y se ven influidas por los cambios en las experiencias y el entorno. (Vallejo, 2011; Gallo, 2007; Paredes, 2003)

Todos estos elementos interactúan y se influyen mutuamente, dando forma a la experiencia y comprensión del mundo. La corporeidad es, por tanto, un concepto multidimensional que nos distingue de otras criaturas vivientes y nos permite comprender la complejidad de nuestra existencia. (Vallejo, 2011; González Correa, 2010).

Siguiendo la conceptualización de Olivera (2020) en "Sin mi memoria", se puede apreciar la complejidad y contradicción que implica vivir con la enfermedad de Alzheimer. Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida de la memoria y la sensación de algo que se va, de algo que estuvo presente, pero ya no lo está. También implica la confusión de estar aquí o allá, o incluso en un estado de nada, así como la frustración de estar presente sin reconocerse a uno mismo, sumergido en el olvido y la vacuidad (Olivera, 2020).

Esta concepción muestra el vínculo que existe entre la corporeidad y el Alzheimer, tanto en las etapas previas como durante el desarrollo de la enfermedad. En este sentido, Olivera (2020) expresa que una persona afectada por el Alzheimer, descubre que su cuerpo ya no es el mismo y que sus movimientos se vuelven cada vez más torpes y carentes de sentido. Esto genera una desesperación por no comprender lo que está sucediendo. Sin embargo, esta persona descubre un nuevo cuerpo, inclusive en sus pensamientos confusos. A través de los recuerdos que aún conserva, reconstruye una nueva identidad, una nueva realidad que le permite volar, una realidad que solo aquellos que viven con Alzheimer conocen y sienten.

Olivera (2020) al ver a su abuela que estaba "de cuerpo presente, pero de mente ausente", se cuestionó sobre el cuerpo que, de una forma u otra, seguía funcionando en términos físicos y en relación con la función de sus sistemas, pero que fallaba en su capacidad cognitiva y de pensamiento. A través del cuerpo, las emociones y todo lo intangible entran en contacto con el mundo racional en el que vivimos. La experiencia del Alzheimer refuerza la estrecha relación entre la corporeidad y la enfermedad. La pérdida de la memoria y la transformación del cuerpo físico generan una serie de contradicciones y desafíos.

La elección de investigar envejecimiento, cuidado, autocuidado, Alzheimer y corporeidad en esta tesis se basa en su intrincada interrelación conceptual. La exploración detallada del Alzheimer se integra en el marco del envejecimiento, resaltando su relevancia para el cuidado y la comprensión de la corporeidad de las mujeres adultas mayores diagnosticadas con la misma. Buscamos discernir las complejidades de las dimensiones individuales y enfocarnos en un abordaje holístico de la salud en la vejez, contribuyendo al corpus académico con una perspectiva completa sobre los desafíos y oportunidades en este proceso.

4. METODOLOGÍA Y PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1 Tipo de Investigación

La investigación realizada fue de tipo descriptiva con abordaje cualitativo. Las metodologías o enfoques de tipo cualitativo son cuidadosos, metódicos y empíricos en el proceso de producción de conocimientos. En el enfoque cualitativo se considera que “La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio” (Hernández Sampieri, 2010, p.7)

Debido a que el estudio que se realizó en base a la descripción de la corporeidad de las mujeres con Alzheimer. Las investigaciones descriptivas se guían por áreas o temas significativos de investigación y es considerada como “[...] aquella en la que se exponen características de una determinada población o de un determinado fenómeno. También puede establecer correlaciones entre variables. No tiene ningún compromiso de explicar los fenómenos que describe. [...]”. (Tobar, 2001, p. 69)

4.2 Lugar y Período

La investigación se llevó a cabo en el centro de ADAP, en la calle Washington N.º 843. El centro fue elegido por conveniencia, teniendo en cuenta que en el año 2023 la misma ya estaba en la lista de espacios de pasantía por parte de alumnos de la carrera de Licenciatura en Educación Física de Paysandú de UdelaR, por lo que facilitó el acercamiento a este.

La implementación y análisis se efectuó en el semestre comprendido entre septiembre y diciembre del referido año.

4.3 Población

El presente estudio tuvo como objetivo examinar la población de mujeres diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer en el centro ADAP. En el marco de este estudio, se seleccionó mujeres de la ciudad de Paysandú que asistan a dicho centro y que hayan sido diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer.

Se consideró a aquellas participantes que, a pesar de presentar síntomas del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado, el cual es dinámico, aún conservan habilidades del lenguaje verbal comunicativo que les permite hablar, escuchar, formular oraciones y razonar.

Se excluyeron a las mujeres con Alzheimer que experimentan limitaciones significativas en su capacidad de comunicación y de visión. También es importante mencionar que existen ciertas limitaciones en cuanto a la participación de personas con discapacidad visual, dado que su condición les impide visualizar su corporeidad.

Al inicio en la planificación de la población en el proyecto de tesis se planteó estudiar solamente a las mujeres adultas mayores en estadio o grado 1(un) hipotetizando que irían a aportar mayor cantidad y calidad de datos. Luego de la inserción en las semanas de acercamiento al centro se constató que en realidad el estadio o grado en sí mismo, no era relevante, sino la especificidad del cuadro, la condición y la dinámica de la patología de cada mujer. Por lo que la población acabó por ser una selección específica después de la convivencia con cada una de ellas.

4.4 Recolección de Datos

A través de la red social (Facebook) del centro, se realizó un contacto para poder realizar el primer acercamiento; la cual fue concretada para el día jueves 18 de mayo del 2023. Al llegar se realizaba una actividad de canto con guitarra, ya que los días jueves tienen clases de música con un docente. Se aguardó, tomando asiento hasta que finalizara la actividad del centro. Se dialogó con dos encargadas, las cuales se mostraron interesadas y le otorgaron al equipo de trabajo un folleto con datos del centro, manifestando interés, puesto que ningún estudiante en Educación Física ha realizado una investigación en este centro.

Atención de Alzheimer Paysandú (ADAP), es un Centro Diurno que funciona de lunes a viernes de 15 a 17 hrs. Realiza estimulación cognitiva, física y social, creado hace 17 años, el día 21 de Setiembre de 2005, gracias a la iniciativa de familiares de personas con diagnóstico de enfermedad Alzheimer y al médico psiquiatra Dr. Gustavo Curbelo. Es el primer y único centro de Atención de Alzheimer del interior del país; cuenta con médico psiquiatra, licenciado en psicología, psicomotricista, licenciada en fisioterapia, talleristas, docentes, voluntario/as, auxiliares, asistentes y pasantes.

Los datos fueron recolectados mediante una entrevista grupal semiestructurada denominada grupo focal, el cual se conceptualiza como un tipo de discusión grupal que facilita el intercambio de ideas y experiencias relacionadas con un tema específico, basado en experiencias compartidas por los participantes. Se utilizan estímulos específicos para fomentar el debate y la reflexión en el grupo. La comunicación se realiza a través del lenguaje que puede ser verbal o no verbal, a través del grupo focal, se indaga sobre estos tipos de lenguaje para el abordaje de los objetivos de la investigación.

En la configuración de esta entrevista, el entrevistador graba las respuestas de un grupo, habitualmente de 6 a 12 miembros. Edmunds (1999) en Rodas y Pacheco (2020), explica que los grupos focales permiten al investigador recoger opiniones personales y luego analizarlas con el objetivo de obtener una comprensión de cómo los miembros del grupo perciben, sienten, piensan y se motivan.

Asimismo, Martínez-Miguel (1999), en Rodas y Pacheco (2020) expone que este procedimiento es colectivista, no tanto individualista, que se enfoca en la diversidad y variedad

de opiniones, vivencias y creencias de los participantes. Por lo tanto, si se busca generar ideas a partir del grupo, este puede adquirir una entidad y no que, solamente, se sume a todas las respuestas brindadas. Esto se debe a su capacidad de generar una energía colectiva que no está presente cuando las personas están solas.

Según Rabiee (2004), en Rodas y Pacheco (2020), los grupos focales ofrecen una amplia variedad de ideas y emociones que los individuos tienen acerca de un tema específico, mientras que también resaltan las diferencias en las perspectivas de los miembros del grupo. Además, Green, Draper y Dowler (2003) en Rodas y Pacheco (2020) señalan que lo que distingue al grupo focal es su capacidad para producir información derivada de la sinergia generada por la interacción grupal. Este tipo de entrevista propicia información en relación con los sentimientos, pensamientos y vivencias de quien participa. Según Nyumba, Wilson, Derrick, y Mukherjee (2018) en Rodas y Pacheco (2020) indican que el grupo focal es una técnica utilizada para entender problemas sociales en profundidad.

La entrevista es la etapa principal del grupo focal, ya que desde el mismo sale la información cualitativa, la misma deberá tener un grupo de preguntas importantes sobre el tema, la entrevista deberá fomentar la interacción que permita examinar los sentimientos de los participantes, se debe tomar nota del contexto personal descrito durante la entrevista. Redmond y Curtis (2009) en Rodas y Pacheco (2020) “añaden que el objetivo de un grupo focal es crear un ambiente en donde salgan a la luz una gran variedad de perspectivas”. (Rodas y Pacheco 2020, p.186)

Krueger y Casey (2002) en Rodas y Pacheco (2020) piensa que el conjunto de preguntas se conoce como “hoja de ruta”, aconsejan que se deberían preparar alrededor de doce preguntas para un tiempo aproximado de dos horas. Stewart y Shamdasani (2015) y Escobar y Bonilla-Jimenez (2017) en Rodas y Pacheco (2020) coinciden en que es una excelente guía de entrevista, tienen que ser preguntas simples, sin confusiones, que encaminan a los participantes y que deberían partir de preguntas generales a preguntas más específicas del tema.

Por otra parte, dentro del grupo focal existe un “moderador”, Redmond y Curtis (2009) en Rodas y Pacheco (2020), habla de un “moderador”, quien es el encargado de dirigir la entrevista del diálogo previamente elaborado y es quien da el paso a los participantes. El moderador cuenta con una guía de entrevista, la cual fue producida previamente, aclarando objetivos y particularidades a tomar en cuenta.

Según Karger (1987) en Rodas y Pacheco (2020), detalla ciertas características a tener en cuenta para la realización de la entrevista; (involucrar sutilmente a los participantes en la discusión, motivar hábilmente a que interactúen entre ellos para lograr un flujo de diálogo natural, manejar el silencio sensiblemente, permanecer autoritarismo y sin ningún tipo de prejuicios con respecto a los que manifiestan los participantes del grupo focal).

Zavaleta (2016) en Rodas y Pacheco (2020), deja en claro que se integra un relator durante la entrevista, con el objetivo de llevar un registro de la información, complementando el análisis a pesar de que esta sea grabada. En la finalización de la entrevista Hamui-Sutton y Valeria-Ruiz (2013) en Rodas y Pacheco (2020), el moderador es quien agradece la participación y colaboración.

Para la recolección de datos se optó por realizar un acercamiento previo al grupo focal para facilitar la entrevista, conocer con mayor profundidad a las mujeres y que la misma fuera más integral. Además, el acercamiento permitió obtener otros datos relevantes para el estudio y realizar la selección de las mujeres para trabajar el grupo focal. Se seleccionó a ocho mujeres del centro, de las cuales una no participó por elección propia y otra no concurrió al centro en esa fecha por compromisos previos.

Se realizó una entrevista en grupo focal a seis mujeres del centro el día 4 de octubre, para la cual se realizó una actividad de rompe hielo (*puzzle*) y para asignar seudónimos a cada una de las participantes para preservar su identidad según lo establecido en los aspectos éticos (Apéndice 8.2).

4.4.1 Guía de Preguntas Semiestructuradas

Durante la realización de entrevistas a individuos afectados por Alzheimer, es crucial reconocer su limitada comprensión de determinados temas y las dificultades que pueden surgir en la comunicación. En respuesta a estas consideraciones, se adoptó una estrategia metodológica que implicó la formulación de preguntas simples y claras, estando preparados para repetir o reformular según fuera necesario. Además, se implementó un protocolo de revisión de las preguntas por parte del médico referente del centro antes de su aplicación en el grupo focal.

Este procedimiento se estableció de acuerdo con la recomendación institucional de brindar las preguntas primero al médico referente, con el fin de evitar posibles efectos adversos en la condición de los pacientes. Este enfoque sensible y apropiado garantiza un abordaje ético y cuidadoso en la obtención de datos en este contexto clínico (Apéndice 8.3).

Las indagaciones propuestas durante el grupo focal no fueron exhaustivamente tratadas debido a la extensión temporal que excedió el límite programado. Sin embargo, es imperativo destacar que las interrogantes pendientes fueron respondidas en otros segmentos de la entrevista, asegurando así la integralidad y profundidad de las respuestas proporcionadas a lo largo del estudio. Este enfoque metodológico garantiza la coherencia y solidez en la recopilación de datos, preservando la validez y fiabilidad de la investigación.

4.4.2 Aspectos Éticos

Para el desarrollo de la investigación, las personas fueron abordadas de manera formal, por lo que en el correr de la entrevista se explicó el tema central, los objetivos y los aspectos éticos para poder utilizar la información. Se le hizo entrega de un consentimiento informado, donde aceptaron participar voluntariamente del estudio, el cual firmaron por dos vías antes de comenzar las entrevistas. Tuvieron libre conocimiento, respeto, autonomía y permanencia dentro del desarrollo de esta, teniendo en cuenta su disponibilidad para la cooperación en la investigación.

El presente estudio se ajusta a las normas vigentes del Comité de Ética de la Universidad de la República, de acuerdo al Decreto 379/008 del 4 de agosto de 2008 sobre Investigación con seres humanos. Se les informó a los/as participantes todo con respecto a la investigación. Los datos y la información extraídos de la entrevista serán confidenciales, tomándose los recaudos necesarios y de acuerdo a la Ley N° 18.331 de Protección de datos personales. El centro realizó su propio consentimiento informado (Anexo 9).

4.5 Análisis de Datos

Los datos se obtuvieron a través de la interacción en los seis encuentros previos y de la transcripción de la grabación de las respuestas obtenidas en el grupo focal. Los cuales se organizaron, clasificaron y analizaron teniendo en cuenta los objetivos planteados. El análisis de datos se realizó según la técnica de contenidos de Bardin (1977) la cual comprende un conjunto de métodos para evaluar la comunicación. Su objetivo es obtener, a través de procesos sistemáticos y una descripción imparcial del contenido de los mensajes, señales que faciliten la deducción de información acerca de cómo se produjeron o se recibieron dichos mensajes.

La técnica de análisis de contenidos, según Bardin (1979) se compone de tres grandes etapas: 1) preanálisis; 2) exploración del material; 3) tratamiento de los resultados y la interpretación. La primera etapa se describe como fase de organización, que puede utilizar varios procedimientos como: lectura fluctuante, hipótesis, objetivos y elaboración de indicadores que fundamentan la interpretación. En la segunda etapa los datos son codificados a partir de las unidades de registro. En la última etapa se realiza la categorización, que consiste en la clasificación de los elementos según sus similitudes y diferencias, con su posterior reagrupamiento según sus características comunes. Por lo tanto, la codificación y categorización hacen parte del análisis de contenidos.

Luego de cada encuentro se compartía de forma oral las diversas experiencias, percepciones e información recabada en las diversas interacciones con las personas que asistían al centro en cada instancia. Inmediatamente, una vez concluido el grupo focal, se

expresaron en forma oral las primeras impresiones. Posteriormente, se procedió a la transcripción de la grabación efectuada en el grupo focal. Una vez transcrita la entrevista se realizó una lectura fluctuante de la misma, se establecieron categorías y subcategorías teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y los datos recopilados en la transcripción. Se fijaron siete categorías para la descripción de la corporeidad con doce subcategorías, para indagar sobre los desafíos se establecieron cuatro categorías con ocho subcategorías.

En cuanto a las **categorías** referentes a la **descripción de la corporeidad** en mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer, en Paysandú se crearon las siguientes: emocional, psicológica, física, social, cultural, económica y espiritual.

En la categoría denominada emocional se establecieron las subcategorías positiva y negativa. En cuanto a la subcategoría positiva se comprende la alusión a sentimientos y emociones referidas a felicidad, alegría, bienestar, etc. En cuanto a la subcategoría negativa se incluyen eventos traumáticos, opresión, enfermedad como consecuencia.

En lo que respecta la categorización psicológica, se encuentran las dos categorías tales como resiliencia y cognitivo, en cuanto a resiliencia se hace alusión a sus ganas de vivir, superación, autoconocimiento. Por otro lado, se encuentra lo cognitivo, se refiere a conocer estrategias para recordar y realizar tareas. En esta categoría se analiza la capacidad de enfrentar las diferentes situaciones de la vida, buscando superar las mismas de la forma más acertada y sana posible. Autoconocimiento y estrategias para poder realizar tareas o actividades de la vida diaria.

Dentro de la categoría física, se abordan diversas dimensiones relacionadas con la salud y el bienestar. En el ámbito de las enfermedades físicas, se consideran condiciones como la hipoacusia y las intervenciones quirúrgicas. Por otra parte, las habilidades físicas mediante prácticas como la gimnasia y la actividad de caminar. Además, se examinan características físicas, procesos biológicos y fenómenos naturales que influyen en el estado físico general. Esta categoría no solo aborda afecciones específicas, sino también aspectos relacionados con el envejecimiento, los cuidados necesarios para mantener la salud.

En la categoría social, se distinguen dos subcategorías: familia y comunidad. En la primera subcategoría se destaca el acompañamiento de la familia y amigos cercanos. Por otro lado, la subcategoría comunidad abarca una variedad de interacciones sociales que van más allá del grupo familiar, como experiencias vinculadas a antiguos trabajos, interacción con grupo de amigos, vecinos, compañeros y funcionarios del centro.

En la categoría cultural, se abordan dos subcategorías que son costumbres y raíces. En el ámbito de costumbres se tratan las prácticas corporales, estereotipos de género, costumbres y tradiciones, estereotipos de edad, modas. Estas constituyen expresiones concretas de la cultura y les dan forma a gustos, rutinas, valores socialmente aceptados, hobbies y tradiciones. Respecto a raíces, se indaga en el lugar de origen como un factor

determinante en la configuración de la identidad cultural. Este aspecto se vincula estrechamente con las experiencias personales, las tradiciones arraigadas y la conexión con la tierra natal.

En cuanto a la categoría económica, se fijaron las subcategorías de ama de casa y comerciante o empleada. En cuanto ama de casa se comprende las alusiones al manejo del dinero, actividades laborales no remuneradas, venta de pertenencias. En la subcategoría comerciante/empleada se incluyen las actividades laborales remuneradas realizadas por las participantes.

En cuanto a la categoría espiritual, se incluyen alusiones a un ser superior o religión. El respeto se incluye como subcategoría, ya que se observó esta consideración y valoración especial de las creencias de cada una.

En cuanto a las categorías referentes a indagar los **desafíos** que experimentan las mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer, en Paysandú se usaron las categorías: autonomía, autocuidado, pertenencia y diagnóstico.

Con respecto a la autonomía se establecieron las subcategorías sin autonomía y con autonomía. En cuanto a sin autonomía, se entiende la dependencia de otras personas y con autonomía se incluyen a las propias elecciones, la toma de decisiones, la responsabilización, pagos y uso de su dinero. En cuanto al autocuidado se utilizaron las subcategorías de propio y promovido por la familia. En cuanto al autocuidado propio, se incluye hábitos de higiene, de cuidado personal, de tratamiento de afecciones o enfermedades, autorregulación, y en cuanto al autocuidado promovido por la familia, se incluyeron alusiones de quienes le brindan las herramientas para su autocuidado, como por ej. llevarlas a la peluquería y asistir al centro.

En lo referido a la pertenencia se usaron las subcategorías de sin marido y con marido. Con relación a la subcategoría con marido se incluyen las alusiones a la viudez, al cuidado y fallecimiento del marido, recuerdos a una vida anterior al matrimonio. En lo referido a la categoría de con marido se incluyen a todas las actividades que realizada en la vida en matrimonio. En cuanto a la categoría de diagnóstico, se establecieron subcategorías con el centro y sin el centro. En la subcategoría con el centro se incluyeron todas las alusiones al centro, a las mejorías experimentadas con la llegada al centro, vivencias y mejorías gracias al centro. En lo referido a la subcategoría sin centro se implica la aparición de síntomas del Alzheimer o alusión a los mismos.

Para cada subcategoría o unidad de registro se seleccionó un código de color, con la cual se fue seleccionando en el texto de la transcripción, donde hace alusión según los criterios establecidos previamente.

Cuadro 1 - Descripción de categorías, subcategorías (unidades de registro) y asignación de códigos para la codificación de la transcripción del grupo focal. Paysandú, 2023.

	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGO	REFERENCIA
Corporeidad	Emocional	Positiva	Rojo	Sentimientos, emociones
		Negativa	Rojo oscuro 1	Eventos traumáticos, opresión, enfermedad como consecuencia.
	Psicológica	Resiliencia	Verde	Ganas de vivir, superación, autoconocimiento.
		Cognitiva	Verde oscuro 1	Conocer, estrategias para recordar y realizar tareas
	Física	Física	Naranja	Enfermedades físicas: hipoacúsico, operaciones, Mejoras en las habilidades físicas: gimnasia, caminar Característica física, procesos biológicos naturales.
	Social	Familia	Púrpura	Acompañamiento de la familia y amigos cercanos.
		Comunidad	Púrpura oscuro 1	Antiguos trabajos, grupo de amigos (interacción) vecinos, compañeros y funcionarios del centro.
	Cultural	Costumbres	Magenta	Prácticas corporales, estereotipos de género, costumbres y tradiciones, estereotipos de edad, modas.
		Raíces	Magenta oscuro 1	Lugar de origen.
	Económica	Ama de casa	Gris	Manejo del dinero, Actividades laborales no remuneradas, venta de pertenencias.
		Comerciante/ empleado	Gris oscuro 1	Actividades laborales remuneradas.
	Espiritual	Respeto	Amarillo	Alusiones a un ser superior o religión.
Desafíos	Autonomía	Sin autonomía	Azul	Dependencia de otras personas
		Con autonomía	Azul oscuro 1	Propias elecciones, toma de decisiones, responsabilización, pagos y uso de su dinero.
	Autocuidado	Propio	Cian	Hábitos de higiene, de cuidado personal, de tratamiento de afecciones o enfermedades, autorregulación.

		Promovido por la familia	Cian oscuro 1	Quienes le brindan las herramientas para su autocuidado, como por ej. llevarlas a la peluquería y asistir al centro.
	Pertenece	Sin marido	Rojo Baya	Alusiones a la viudez, al cuidado y fallecimiento del marido, recuerdos a una vida anterior al matrimonio.
		Con marido	Rojo baya oscuro 1	Todas las actividades que realizaba en la vida en matrimonio.
	Diagnóstico	Con Centro	Azul aciano	Alusiones al centro, a las mejoras experimentadas con la llegada al centro, vivencias y mejoras gracias al centro.
		Sin Centro	Azul aciano oscuro 2	Aparición de síntomas del Alzheimer, o alusión a los mismos.

Fuente: Autoras.

Luego de la codificación se procedió a la categorización basándose en las similitudes y diferencias. Además, a partir de las preguntas efectivamente realizadas se dio respuesta a los objetivos planteados.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para una mejor comprensión de este estudio es necesario la caracterización del contexto dónde se desarrollaron los encuentros y la población estudiada. Las mujeres caracterizadas e indagadas son mujeres adultas mayores en promedio de 81 años, diagnosticadas con Alzheimer, que asisten al Centro ADAP . Este es un centro privado, único y referente del interior del país.

ADAP es un centro diurno, que funciona de lunes a viernes en el turno vespertino de 15 a 17 horas. Los días lunes la jornada consta de una hora de estimulación física con la fisioterapeuta y una hora con la tallerista en expresión plástica. Los días martes tienen una hora de actividades de estimulación cognitiva a cargo del psicólogo del centro y estimulación física con la fisioterapeuta. Los miércoles en la primera hora tienen estimulación con psicomotricista y en la segunda hora realizan la pasantía los estudiantes de ISEF. Los días jueves tienen una hora de actividades de estimulación cognitiva y música. Los viernes se realiza teatro y en la segunda hora realizan actividades los pasantes de ISEF. La última media hora de cada jornada de trabajo realizan una merienda.

La estimulación física la realiza el fisioterapeuta y la psicomotricista y los educadores físicos pasantes de la Licenciatura en Educación Física. Los profesionales que se desarrollan en el centro son un psicólogo, un psiquiatra, una fisioterapeuta, una psicomotricista, talleristas y auxiliares. La relación con ISEF comenzó como Práctica Profesional Comunitaria y luego continuó como actividades de extensión.

El grupo consta de aproximadamente de 21 personas, que fluctúa a lo largo del año. En general, los usuarios eran 6 varones y 15 mujeres. La mayoría asiste los cinco días, otros asisten dos o tres días a la semana. Algunas de las personas, asisten al centro hace muchos años, otras se integraron hace menos de un año, abonando una cuota mensual según la carga horaria semanal que asisten. La población es relativamente estable, tendiendo al crecimiento.

De las 6 mujeres seleccionadas para el grupo focal, dos no tienen culminada la escolaridad primaria y solo una tiene formación profesional terciaria. De la población seleccionada, cinco son viudas y solamente una presenta a su cónyuge vivo. De las mujeres estudiadas, solamente una, no manifestó haber realizado actividades remuneradas.

La organización de la presentación de los resultados se realiza de acuerdo con el orden de los objetivos específicos del estudio, aportando en primer lugar lo que concierne a la descripción de la corporeidad y en segundo lugar a los desafíos manifestados por las usuarias.

5.1 Descripción del acercamiento

Para la recolección de datos, se realizó un grupo focal, en el cual se reunieron a seis mujeres del centro ADAP, las cuales contaban con los criterios de inclusión establecidos. Previamente, el grupo de investigadoras realizó intervenciones y acercamiento los días martes y jueves durante tres semanas de anticipación para conocer en profundidad y formar un vínculo para que la entrevista no quede distante con las mujeres seleccionadas.

Durante las visitas, no solo se comprendió el funcionamiento del centro de ADAP, sino que también, gracias a las actividades cognitivas y físicas en las que participan las mujeres, se tuvo la oportunidad de escuchar y comprender sus historias de vida y su día a día en un nivel más profundo. Esta experiencia previa enriqueció la futura entrevista y contribuyó a establecer conversaciones más fluidas.

Se compartió el documento ético “Término de consentimiento libre y esclarecido” con las familias para obtener su conformidad después de coordinar con la responsable de las actividades, la señora Marta Pasarello, asegurando así la minimización de riesgos y que la actividad fuera beneficiosa para estas mujeres. Luego de los acercamientos previos, se agendó un día para la entrevista del grupo focal, el cual se realizó el día miércoles 4 de octubre y se llevó a cabo en una oficina del mismo centro.

En el encuentro, como introducción, se realizó un juego rompe hielo, en el cual se le entregó a cada una de las participantes un sobre que contenía un puzle, el objetivo consistió en crear una flor cuyo nombre se le asignaría a cada mujer, como seudónimo. Esta actividad surgió no solo por las formas éticas de la entrevista para preservar la identidad de las participantes, sino también por los trabajos que en los acercamientos realizaron con el psicólogo Gonzalo Gamboa; luego de realizar el puzle y la asignación de seudónimos, se procedió a la entrevista en grupo focal.

5.2 Proceso de recolección de datos

El proceso de recolección de datos comenzó desde el momento de la selección del centro y culminó en la puesta en acción del grupo focal. Este proceso abarcó un período que se extiende desde el 12 de septiembre hasta la fecha de la entrevista, que tuvo lugar el 4 de octubre.

En cuanto a la organización del grupo focal, se presentaron ciertos inconvenientes que surgieron en el transcurso del acercamiento. Para llevar a cabo este procedimiento de recolección de datos, se requirió obtener el consentimiento de los familiares de cada participante del grupo focal al que iba dirigido, lo que resultó en una demora de dos semanas para lograrlo. Además, se llevaron a cabo actividades relacionadas con el centro, lo que contribuyó a la extensión del proceso.

Asimismo, en lo que respecta a las preguntas que se realizaron en el grupo focal, se solicitó entregarlas con antelación para que los profesionales del centro estuvieran al tanto de cuáles serían. Este requisito llevó a que el personal del centro de ADAP enfatizara repetidamente la importancia de ser excepcionalmente cuidadosos en la formulación de cada una de las preguntas dirigidas a las participantes. Es fundamental destacar su preocupación y dedicación hacia el bienestar de las participantes, quienes enfrentan una patología. En base

al anhelo de contribuir a esta causa y compartir momentos significativos con las participantes, se vio obstaculizado por las barreras mencionadas anteriormente.

Del examen sistemático de la transcripción, se realizó una búsqueda de en cuanto a la frecuencia de aparición de palabras y la adjudicación de categorías extraídas a partir de la lectura de las transcripciones. Se procedió a la búsqueda de la frecuencia de aparición de palabras con una página denominada More Than Books, donde se cortó y pegó el cuadro, obteniéndose un recuento de la totalidad de palabras de la transcripción. Luego se procedió a extraer las palabras que fueron emitidas por la moderadora y recopiladoras. Del resultado de estos tratamientos, se procedió a agruparlos en palabras relacionadas por su significado.

Se realizó un cuadro de frecuencia de aparición de palabras y los términos más relevantes en la transcripción del grupo focal. Las palabras más importantes de la transcripción son "familia", "casa" y "sola". La palabra "familia" se ha identificado como la más importante en la transcripción. Este término se ha mencionado con mayor frecuencia y parece desempeñar un papel central en las discusiones de cada participante.

La siguiente palabra fue "casa" se posiciona como la segunda palabra más importante en la transcripción. Aunque no se menciona con tanta frecuencia como "familia", su aparición recurrente indica que las cuestiones relacionadas con el hogar, tienen un papel significativo en las conversaciones del grupo focal.

Otra palabra que se vio con frecuencia de aparición es "sola" y se ubica en tercer lugar en cuanto a importancia. Aunque su frecuencia es menor en comparación con las dos palabras anteriores, su mención recurrente sugiere que la noción de estar "sola" o "solitaria" es un tema relevante en las discusiones sobre las experiencias que transcurrieron y transcurren la gran mayoría de las flores, con esta palabra las flores se sienten más autónomas.

Estas palabras pueden ser útiles para futuros análisis y exploraciones en el campo de estudio (Cuadro 2).

Cuadro 2 - Frecuencia de aparición de palabras obtenidas de la transcripción del grupo focal, que delinear las representaciones sociales acerca de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer. Paysandú, 2023.

Palabras	Cantidad/ Frecuencia de aparición	Palabras	Cantidad/ Frecuencia de aparición	Palabras	Cantidad/ Frecuencia de aparición
Familia	111	Bailar	6	Triste	1
Casa	34	Cuerpo	6	Baña	1
Sola	33	Ropa	5	Peina	1
Cuidarse	18	Uñas	5	Falleció	1
Jardinería	17	Dios	4	Pulseras	1
Compañeras	15	Joven	4	Almacén	6
Trabajo	13	Sentimientos	3	Bailar	6
Falleció	12	Salud	3	Cuerpo	6
Cocinar	10	Viuda	3	Triste	1
Dibujo	10	Casado	3	Baña	1
Peluquería	9	Embarazo	3	Peina	1
Centro	9	Estudiar	2	Falleció	1
Viaje	9	Vestir	2	Pulseras	1
Almacén	6	Labial	2		
Diagnóstico	6	Collares	2		
Apoyo	6	Plata	2		
Bailar	6	Autocuidado	2		
Cuerpo	6	Limpiar	2		

Fuente: Las autoras.

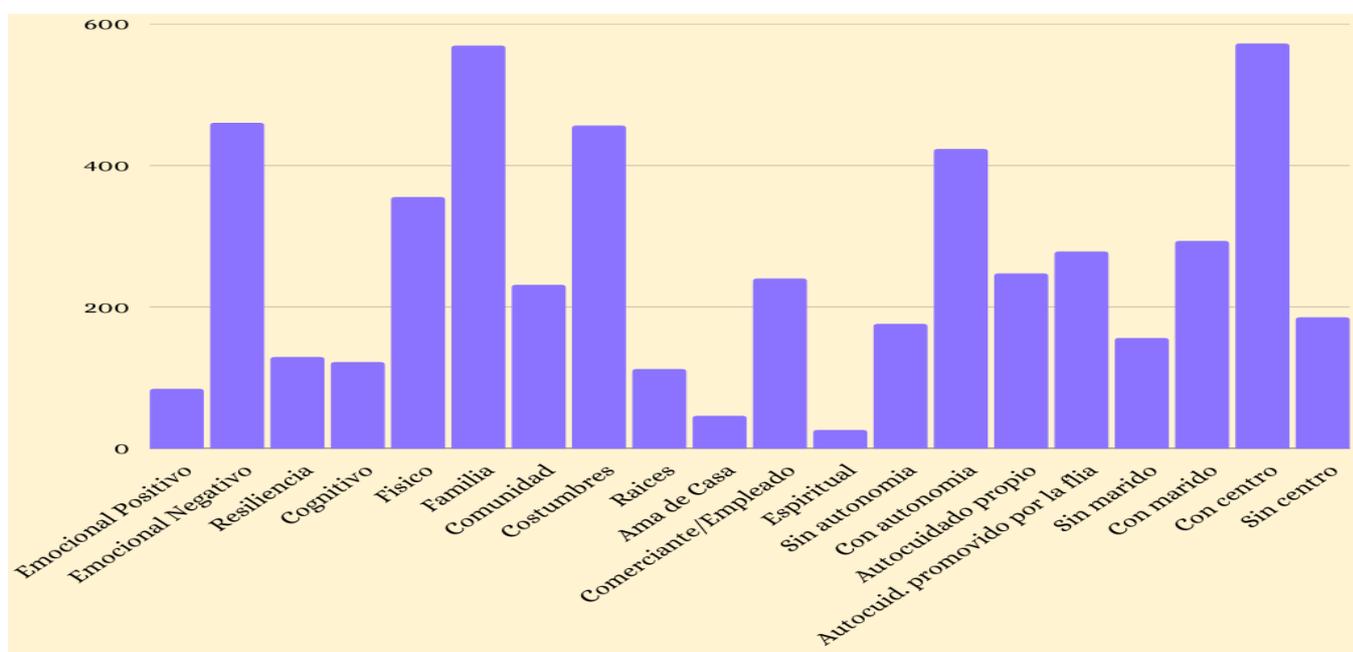
En lo que respecta a la categorización y clasificación derivada de la transcripción y lectura, se llevó a cabo la elaboración de una gráfica tabular que consolida las categorías subcategorías junto con el recuento de palabras correspondiente a cada subcategorización.

Este tratamiento se compone de diversos elementos con el propósito de darle sentido y establecer un orden a las narraciones.

Se identifican los sentimientos experimentados por las personas, seguidos de los sentidos de pertenencia y sus desafíos, asimismo en qué contexto de su vida relatan durante la entrevista; en estos relatos estas mujeres abarcaron distintas etapas de la vida, desde su niñez, a su vida adulta previa al diagnóstico, particularmente en su juventud, cuando ellas eran referentes familiares y cómo en su vida actual (Gráfica 1).

Gráfica 1 - Frecuencia de aparición de palabras que delinear las representaciones sociales acerca de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer.

Paysandú, 2023.



Fuente: Las autoras.

5.3 Caracterización de nuestro jardín

El siguiente cuadro se realizó a partir de un juego para asignarles seudónimos de flores a cada mujer para realizar la entrevista en grupo focal, ya que en la misma no se puede identificar a las participantes. En el mismo se muestran las características de cada mujer. En el cuadro siguiente se encuentra la descripción de las características de las mujeres entrevistadas.

Cuadro 3 - Caracterización de nuestro jardín, mujeres participantes del grupo focal,

PARTICIPANTES	CARACTERÍSTICAS
<p>Girasol</p> 	<p>Es la mayor de todas las flores, tiene 87 años, es de Paysandú, tiene dos hijos. Es viuda. Tiene problemas auditivos. Es pequeña y ama las plantas. Fue comerciante (bagayera). Actualmente vive sola. Cuando se contempla un girasol, se experimenta una sensación de alegría y optimismo que posiblemente emane de su color y forma. Su tonalidad amarilla nos evoca la luminosidad del sol, infundiendo sentimientos de felicidad y positividad. Asimismo, el amarillo simboliza la calma, el amor profundo y la fidelidad, lo que contribuye a generar un estado de ánimo sereno y optimista.</p>
<p>Tulipán</p> 	<p>Ella vive en Paysandú. Es viuda. Tiene problemas auditivos. Es alta, fue maestra y directora en una escuela. Actualmente vive sola. Se le conoce una hija que es quien la va a buscar al centro. Los tulipanes representan a esas personas que son muy eficientes y muy organizadas. Aquellas personas que son constantes en todo lo que hacen se identificarán con ellas.</p>
<p>Jazmín</p> 	<p>Ella tiene 83 años y tiene una hija, que es profesora en Punto.com. Es viuda. Tiene problemas de visión, ya que usa lentes. Es muy coqueta, usa muchos collares y pulseras. Ella fue trabajadora del hogar y comerciante (bagayera). Actualmente, vive sola, pero tiene una cuidadora que la ayuda a hacer todo.</p>
<p>Margarita</p> 	<p>Ella es casada, nació en el campo, tiene dos hijos, uno de ellos es Profesor de Historia. No tiene educación primaria. Actualmente, vive con su marido. Le gustan las plantas. La margarita representa a una persona amistosa y leal. Esa persona que es difícil de hacer enojar. Una persona que es muy buena amiga y muy leal se podrá identificar con las margaritas.</p>
<p>Azucena</p> 	<p>Ella tiene 78 años, no tiene hijos. Es viuda, su esposo era camionero. Es pequeña. Vive sola. Esta flor es también conocida como Lirio, es símbolo de pureza, verdad. Su personalidad no se rinde ante las dificultades, es capaz de darse segunda oportunidad a sí misma y a los demás, aprendiendo de los errores para levantarse y seguir adelante con más fuerzas. Además, es una flor solidaria y siempre está dispuesta a ayudar a los demás.</p>
<p>Rosa</p> 	<p>Ella tiene 78 años de vida y es madre de dos hijos. Anteriormente, se dedicaba al comercio. Quedó viuda el 2022. En el año 99, tuvo que enfrentar una dolorosa pérdida, ya que su hijo y nuera fallecieron, dejando el nieto a su cuidado, quien en ese momento tenía 12 años. En la actualidad, vive sola en una casa cercana a la de su hija, la cual fue adaptada especialmente para su comodidad. La rosa representa la dulzura, la pureza, el romanticismo, la inocencia y la fidelidad. Es un símbolo supremo del amor y pasión intensa.</p>

Fuente: Las autoras.

5.4 Representación social de la corporeidad

Se realiza un examen sistemático de la transcripción, identificando y clasificando los temas y codificando el contenido del discurso. Una lectura preliminar de la transcripción nos ayudó a obtener una visión global, durante la cual se fueron anotando todas las ideas que surgían de los datos y que podían ser útiles para las siguientes fases de análisis. El uso de un seudónimo para cada participante facilitó el seguimiento del discurso de una misma persona, garantizando su confidencialidad. Inicialmente, se planificó un guión inicial de categorías, construido a partir de los objetivos del estudio y de la bibliografía consultada.

Posteriormente, se completó añadiendo categorías extraídas a partir de la lectura de las transcripciones. Es fundamental adoptar una actitud «de alerta» durante la lectura (escucha) de los textos para identificar temas importantes, a añadir o eliminar a partir del discurso de los participantes. Finalmente, las categorías se depuraron conforme a los datos, hasta establecer un sistema de organización satisfactorio, teniendo en cuenta criterios de exhaustividad.

Cuadro 4 - Representaciones sociales acerca de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer. Paysandú, 2023.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGO	RELATOS
Emocional	Positivo	Rojo (84)	<p>“hoy un día muy feliz”; “nos reímos mucho, sí, porque el juego que hizo nos divertimos mucho”; “yo, tenía muchas ansiedades de estar bien”; “yo me siento muy bien”; “pero me siento muy feliz de haber venido a este a este centro”; “Me siento bien”; “No, bien me siento bien yo, me gusta”; “Tengo unos altos y bajo”; “No no yo me siento bien bien”; “Yo me siento bien”; “Aa me encantaba lo que me gustaba me encantaba”; “Pero quién me quita lo bailado. (Risas)”.</p>
	Negativo	Rojo oscuro 1 (460)	<p>Eventos traumáticos, opresión</p> <p>“lo que pasa que yo tuve muchos años de perdí un hijo, perdí la nuera me quedé con el nieto y muchas operaciones y cosas así se me fue acumulando digo yo, las angustias”; “ya te digo como me siento como oprimida digamos”; “yo quedé viuda joven, mi esposo murió, estaba trabajando en en*pausa* en en la Represa, de allá cayó he”; “Y entonces una vuelta vi un tipo me dice Jazmín ehh su esposo falleció, no, no está en altura, sí falleció, porque yo le había dicho estaba conversando con unos señores allá. Por qué no te vas a Concepción del Uruguay para traer una radicación para irnos a “Itaipú” a una represa, pero no, dice voy mañana y entonces, el hombre me dice falleció, no no no no no no falleció no y una señora y yo me iba a ir en la moto y una señora del barrio, me llevó a la casa mi hermano*pausa* y allá mi hermano era policía y lo trajimos a mi esposo *pausa* para acá*pausa* murió joven, Yo tengo 83 años, la misma edad teníamos los dos</p>

Emocional (continuación)			<p>*pausa*. Y Andrea me dice *Con voz cargada* mamá *emoción* ay no quiero llorar *llora* *sollozo* nada más” ... ¿Te sentís triste? “Si *Pausa* *Sollozo*y nada más”; “más que yo soy sola nunca tuve hijos, tuve tres embarazó y los perdí nunca tuve hijos y entonces mi esposo era camionero y tenía todas esas “bachas” viví más bien sola en mi casa y vivo sola, ahora tengo un hermano que viene a quedarse a veces a veces no”; “No tengo, tuve tres embarazos y los perdí y no tuve más”; “pero y si *pausa* él estuvo enfermo como un año también yo tuve que estar ahí cuidándolo, dicen que a veces uno cuidando enfermo también agarra, le queda algo no, no sé”; “Sí, pero me dijo que todo el mes no me traen.”; “ a mí allá no me gusta”; “Eso me falta a mi por qué yo no tengo nada ni nadie”; “Yo horrible”; “ pero después que en el 99 tuvimos ese esa pérdida grande del hijo y la nuera y nos quedamos con el nieto de 11 años y lo creamos nosotros y”; “Él no está muy de acuerdo que ella esté acá, no?”; “Porque tuvo que venir, porque soy la hermana de él, alguien tiene que venir”; “A mí me dijeron ¿Una casa de salud o esto?”; “pero como no tengo a más, nadie solo a él”; “de noche está de día no lo tengo”; “Ustedes la tienen la familia, yo no la tengo”; “No tengo hijos, tengo ese hermano que dije no más y tengo otro y es muerto mucho más joven que yo no tengo padre, ni marido”.</p>
Psicológico	Resiliencia	Verde (129)	<p>Ganas de vivir, superación, “Pero nosotros nos damos cuenta que es para el bien de nosotros”; “pero yo me parece que no estoy recibiendo lo que yo necesito yo lo veo a esto que está muy, muy débil pegado, no sé si tú me entiendes, que yo no me siento como satisfecha”; “Porque al principio no quería venir, vine y después no, no, *Pausa* me cuesta salir de mi casa, después Sí”; “también yo de mañana me levanto estoy, hay días que uno se levanta mejor”; “como que yo mismo dije no no puede ser por qué voy a decaer, no hay motivo por el cual y bueno y me volví a entrar”.</p>
	Cognitivo	Verde oscuro 1(122)	<p>Conocer, estrategias para recordar “Nos esmeramos yo por ejemplo miro la televisión y miro los dibujo y porque me gusta dibujar y después, compré un cuadernito lo dibujo o copio lo que está diciendo para no para no perder falta porque yo no sabía ni sumar uno más uno”; “Sí porque vengo hasta el Chelo Correa porque lo conocemos de chico con los Correa y como tiene el negocio es para mí es un un referente”; “Un referente yo vengo por ahí por esa calle y ahí doy vuelta una cuadra y hago otra vuelta y ta”; “Ya lo dejé, ya lo, deje no no es más para mi el auto”; “Pensar voy a hacer tal cosa y ¿dónde está? , ¿cómo está?, y ¿cómo lo traigo?”</p>
Físico		Naranja (335)	<p>Enfermedades físicas: hipoacúsico, operaciones, Mejoras en las habilidades físicas: gimnasia, caminar Característica física “Te voy a comentar porque ella cómo Tulipán y Girasol sienten poco”; “Yo no escucho nada, muy poco”; “porque me empecé a enfermar”; “Además yo tenía catarata tenía que operarme, ahora me operé”; “Pero le digo yo no no este no yo me había dado cuenta que no no quería, tenía</p>

			<p>muchos años, ya tengo 87 años”; “porque todos los años se me avanzan, (Risas) tengo unos cuantos años más.”; “Eso es por la edad”; “Sí sí claro”; “La edad sisís”; “A todos nosotros no pasa eso llegamos a una edad que no podemos hacer”; “Hay cosas, hay cosas que ya no...”; “Hay veces me duele el pie por ejemplo y agarro un este, un palote y muevo muevo porque noto que me hace bien”; “A ella le gustan *Risitas* le gusta todo eso, las uñitas bien prolijas, amorosa es”; “porque yo me levanto de mañana hago gimnasio hago caminata hago casi una hora de caminata y media hora de bicicleta”; “Yo también hago un rato en bicicleta”; “Este yo le digo que ella no precisa pintura porque es bien colorada”; “ rosacea así pero ee era bien pecosa, ¿se acuerdan las pecas aquellas que habían?,”; “acá y acá es donde tengo más coloradito”; “También la pantalla solar porque a mí me sacaron una mancha, pero ahora me volvió de vuelta”; “ pero, pero caminar por ejemplo si así yo estoy en un lugar que puedo salir sola por ejemplo no”; “Si yo también tengo que está bastante feas* risas*”; “yo no puedo con la vida de mis uñas”; “Ahora, me gustaría lavarme las manos ahora”; “Se me quiebran”; “Me las arregla para que me protejan, a mí se me quiebran, horrible”; “A mi igual, a mi también se me quiebran”; “A mi igual, a mi también se me quiebran.”; “hay días que me duelen las rodillas”; “Pero y eso que me duele, después me duelen, a veces no puedo dormir después”; “Te duelen los pies”; “Cuidarnos salud”; “Cuidarse mucho”; “Si hay que cuidarse con los años”</p>
Social	Familia	Púrpura (569)	<p>Acompañamiento de la familia y amigos cercanos. “Bien *pausa* Yo *pausa* eh ayer fue el cumpleaños de mi hija cumplió 52 y *pausa* yo estaba acostada y me llamó y había una mesa llena de* pausa* había he sándwiches eh *pausa* una torta, la compartimos”; “entonces Andrea estaba estudiando de odontología al último lo dejó la odontología ahora está estudiando en *pausa* en punto com. Entonces *pausa* el otro día fuimos a Colón *pausa*”; “No tengo mucha familia, tengo solo un hermano que está separado pero no vive. Y ahora se ha venido. No sé, ahora está separado y se ha venido a quedar en mi casa, pero no es una cosa de siempre. Él tiene una llave y viene, a veces se queda, a veces no se queda”; “Como no tenía hijos”; “porque ee, va, mis hijos, mi hija me quería llevar a Florid”; “pero ahora siguen luchando más”; “ pero ahora siguen luchando más”; “Ahora no más, mi hija me quiere llevar a fin de mes porque es el cumpleaños de ella, ahora el 31 de este mes”; “mi hija se casó y se quedó a vivir allá, la mandamos a estudiar estudiar y se casó y se quedó a vivir allá,”; “tuve un tiempo con ella porque ella quedó, vivía sola y estaba estudiando”; “fui un tiempo acompañarla”; “Tengo una vecina muy buena que hace y ella me acompañó”; “y ella me cuidaba y después yo la cuidé a ella cuando tuvo los hijos yo la llevaba al sanatorio la traía la cuidaba y todo eso, siempre nos ayudamos mucho una a la otra y ahora la que tengo y el esposo de ella también es mi compañero tiene auto porque yo antes tenía auto”; “Yo siempre la llevaba para todos lados”;</p>

<p>Social (continuación)</p>			<p>“Tiene una hija sola”; “A mí estos trabajos me lo hacen mi nietas *risas*”; “Y salíamos todos la familia de ellos y nosotros éramos tres familias que salíamos juntos en la camioneta y ahí acampamos todos los donde nos agarraba la noche acampamos pasamos toda la semana un dia íbamos a Tacuarembó, así otro día íbamos así Paso de los Toros, todo, todo después al otro año salíamos para otro lado después otro año salíamos para el lado Artigas y eso nos divertía muchísimo pasamos muy lindo”; “Era con todos los hijos chicos, nosotros, yo tenía dos hijos y mi hermana tenía dos también y la que la señora Bachino tenía uno.”; “Este salíamos todos en la camioneta; y ahora hecho muchas excursiones con mis hijos(todas aa que lindo) pero ya ahora los otros días nomas se fue a Bariloche porque el hijo cumplió 15 años”; “Tengo, tengo las tres hijas y nietas, que están casadas”; “No, no, ahora yo le dije, me dice mamá, vamos en el auto a Bariloche”; “Porque, como era camionero mi padre era camionero y yo 9 años 9 años tenía 9 años cuando nació mi hermano”;”Entonces yo vacaciones y todo yo iba con mi padre yo era compañera”; “ Mis hijos pero tengo tengo mis dos hijos me...”; “Yo por mis hijos que siempre están arriba.”; “Tengo mis dos hijos que me quedaron”; “Si tengo un nieto que anda de novio”; “Yo con mis hijos, con amigas, mi vecina”; “Yo soy sola.”; “Ahora, él se queda de noche”; “el es separado, estaba en otra casa”; “Yo mantener la familia”; “Porque reconozco eso lo importante, si la mantengo unida, yo voy a estar favorecida”; “.</p>
<p>Social (continuación)</p>	<p>Comunidad</p>	<p>Púrpura oscuro 1 (231)</p>	<p>Antiguos trabajos, grupo de amigos (interacción) vecinos, compañeros y funcionarios del centro. “Si hay alguien siempre se quería empezar y nosotros decíamos, no no hagas trampa, no hagas trampa Riserio”; “Yo llamaba, yo la llamaba y decía ¿tenés vino? ¿No tenés vino?”; “Pero acá nos hicimos tan compañera”; “yo eee soy muy sociable tengo amistades muchas amistades y me gusta salir y me gusta venir acá y conversar con mi compañera con mi otra, tengo claro no todas son iguales, no todos somos igual y bueno y yo a veces”; “Sí uno la larga busca a otro enseguida”; “Yo siempre estoy diciendo vení ,vení que acá te integras lindo”; “No te quedes no te quedes”; “Te vas a superar”; “esté ahora ellos tienen auto y el esposo me lleva, me trae”; “Todas son conversadoras, verdad *Risas*, a mí me gusta mucho conversar y como vivo sola, con la perra, tengo una perra, nomás”; “esté ahora ellos tienen auto y el esposo me lleva, me trae.”; “Todas somos compañeras”; “Yo voy si tengo una fiesta o algo”; “tengo vida social”, “Yo tuve una época que había decaído en la vida social, pero después”, “y hasta el día de hoy bien, no es que pase todo todo el día con mis amigas o o que que vengan a mi casa no, pero en ciertos acontecimientos Ahí estamos”; “Sí sí”; “Sociabilidad”; “Tengo unos buenos vecinos, una buena vecina que cuando estoy sola me apoyo en ellos”.</p>
	<p>Costumbres</p>	<p>Magenta (456)</p>	<p>Prácticas corporales, estereotipo de género, costumbre y tradiciones, estereotipos de edad, modas.</p>

Cultural			<p>“Perdón *sollozos*”; “No, lo que pasa es que estos fueron regalos”; “La memoria.”; “Le parece a uno que va a poder pero no”; “Yo cocinar, no cocino, me gustaba cocinar. Mis hijos siempre decían que la comida mía era, le digo no, yo soy sola, no voy a estar cocinando para uno, porque yo para uno no puedo cocinar, porque no sé cocinar de a poco, cocinaba mucho”; “Lo que pasa que también ya a esta altura de nuestras vidas la mayoría somos abuela y bueno y ahí”; y yo a mí siempre me dicen que por culpa de que yo siempre quise sacarme mis pecas quede así, con la cara medio rosada”; “hay pero todos me chillaban”; “pero que había todo me echaba para sacarme de chiquilina”; “A mí me dan vergüenza, las mías dan vergüenza”; “A mí me encanta pintar”; “Sí, a mí me gusta pintar también.”; “No yo pinto cualquier cosas”; “Si tengo, acá ahora tengo un jardín mucha Rosa”; “Yo tengo un jardincito en frente a mi casa ”; “Allá en mi casa también y en la quinta también plantaba zapallo, saqué un zapallo de 15 kg ”; “Y hacía dulce, zapallo desecho, porque nos gustaba, porque dice que lo hago rico”; “Las plantas sí me gusta mucho el jardín el jardín me encanta ”; “yo sé digo, yo sé por qué yo le digo que el avión fui dos veces, fui a Punta Cana y fui a unos cuantos lados, fui en en avión, pero no no no tengo ganas de ir y dice que no vamos en avión digo, pero son como 18 horas de viaje mi hija y le digo vos te crees que yo voy a aguantar, mamá donde vos te sientas mal en ese pueblito páramos *Risitas* no me consiguieron, no me consiguieron, no fui. Ahora por eso quiere que vaya, se van a ir un paseo, no sé a dónde, pero si es lejos no voy *Risitas*, así que ahora vamos a ver pero paseado mucho”; “conocido muchos lugares”; “Yo siempre pasee pero por el Uruguay”; “Ahhh pa antes era todo el Uruguay cuando yo era chica no era tanto, pero después se va a cantidad de lados...”; “Yo, viajar”; “Viajar al Parque de Plata.”; “Mirar televisión mirar televisión”; “Me gusta mucho ordenar la casa, ordenar y salir.”; “Y a mí me gusta cocinar, me gusta el jardín pero no tengo espacio”; “Bailar ,baila, no que no es una actividad pero me gusta Si hay algún baile me le prendo y por eso me dicen que soy mañosa”; “A mí me gusta bailar también”; “A mí me gusta ir a los cumpleaños pero yo soy la primera en salir, me gusta el jolgorio”; “A mí me gusta bailar”.</p>
Cultural (continuación)	Raíces	Magenta oscuro 1 (112)	<p>Lugar de origen. “Nací en el campo, me crié en el medio del campo”; “Bueno yo nací en Pueblo Porvenir después mi papá era policía y nos fuimos para Guichón y de Guichón nos vinimos a Paysandú porque era policía”; “Sí, vivo en Paysandú”; “Sí y ahora estoy ahora en Paysandú”; “yo me crié acá en Paysandú”; “Sí, pero yo me mudé de allá del barrio yo tenía un tengo una casa grande todavía la tengo”; “Eh A mí me pidieron, yo tenía 15 años, mi papá me trajo en el tren para la casa del doctor Berserino, versino que era abogado, me pidieron por un mes y estuve 24 años (Risitas), ahí me casé”.</p>
Económico	Ama de casa	Gris (46)	<p>Manejo del dinero, Actividades laborales no remuneradas, venta de pertenencias. “y entonces yo tenía un apartamento, en Chain e</p>

			Independencia alla lo tuve que vender”; “Bien si porque vivo yo con mi esposo nomás, mis hijos están casados, todos uno trabaja de profesor y el otro”.
	Comerciante/empleado	Gris oscuro 1 (240)	Actividades laborales remuneradas. “y yo tenía almacén”; “y yo para poder vivir tuve que “bagayear”, es decir, tenía una “Ciao” en la cual yo iba, cuando quedé sola, hasta Porvenir, la Lata, todo allá la Agronomía y vendía cosas. Si no tenía una cosa si no tenía un jabón lo *pausa emotiva* me daban leche hacia un trueque, bien”; “De todo, hice de todo un poco, y entonces, había gente que venía de de allá de de Porvenir a buscar cosas porque yo tenía un apartamento grande y yo traía de todo un poco como ya me conocían los de la aduana me dejaban pasar cualquier cosa en la moto si”; “porque yo tenía, teníamos almacén”; “porque tenía almacén”; “Yo hacía mucho dulce, si, hice para vender”; “Bueno tuve tiempo trabajando como dijo esta trabajando de de bagallera para poder juntar platita para hacernos la casa”; “pusos un almacén y el almacén trabajábamos”; “Y yo ahí hacía todo como él era abogado, una vuelta había una reunión de abogados y llegó un señor sin corbata y yo no lo, no lo quería hacer entrar y entonces me dice la, la madrina, la madrina, es decir *pausa*eh la señora de Bercellino dejarlo entrar que es unos de integrante, pero no trae corbata no, no importa(Risas). Entonces yo tenía que llevar, servía el té todo, todo, todo y hacia todo todo todo hacía, todo eso servía el té y hacía todo todo todo”.
Espiritual	Respeto	Amarillo (26)	Alusiones a un ser superior “gracias Dios”; “gracias a Dios”; “Yo soy católica”; “Por suerte gracias a Dios manejo”; “Ella cree en Dios, pero el hermano es de otra religión, dice”.

Fuente: Las autoras.

Alicia Grasso (2020) afirma que la corporeidad es la consolidación constante de diferentes aspectos mente, cuerpo, espíritu, movimiento, emociones, interacciones sociales e intelecto. Estos elementos forman la entidad única y especial que es cada ser humano. En la recolección de datos se evidencia, gran parte de los aspectos mencionados por esta autora, además reconociéndose aspectos económicos y culturales.

Paredes Ortiz (2003), en su artículo "Desde la corporeidad a la cultura", respalda esta perspectiva al afirmar que el cuerpo representa la percepción de la existencia. Poseer un cuerpo implica una conexión con el entorno y facilita la interacción interpersonal. La corporeidad se manifiesta cuando el cuerpo se enriquece con pensamientos y emociones. Al explorar las categorías derivadas de la transcripción, la primera se centra en el aspecto emocional, abordando tanto las experiencias positivas como las negativas. Se enfoca especialmente en resaltar las emociones negativas, centrándose en temas relacionados con la pérdida de seres queridos, de autonomía y libertad, no tanto en el sentimiento de tristeza permanente.

Hurtado (2008) expone sobre la corporeidad que se puede experimentar tanto dolor como placer, adquirir conocimiento y experimentar la vida plenamente. Puede alcanzar metas notables y cometer errores, superar desafíos y recuperarse de ellos. Este ser humano nace, crece, se desarrolla, envejece y finalmente fallece. Aunque finito en su existencia, al mismo tiempo, posee una naturaleza trascendente. Por lo tanto, a lo psicológico, se desprende dos subcategorías, la resiliencia y lo cognitivo, enfocados en alcanzar logros y su capacidad de enfrentar obstáculos, relacionado con su supervivencia mental.

La corporeidad, según Paredes Ortiz (2003) se refiere al ser humano en su totalidad, manifestando una rica expresión de vida que abarca lo físico (su estructura biológica que permite el movimiento humano), lo psicológico y emocional, y lo espiritual. A su vez, en la categoría desde lo físico, es el aspecto más evidente de la corporeidad; en esta categoría hace alusión a diferentes enfermedades, padecimiento o superación, además de todo lo relacionado con el mantenimiento de la salud y características que hacen a la corporeidad de la persona.

El concepto fenomenológico de corporeidad planteado por Mélich expresa que “ser corpóreo (leib-*Sein*) significa abrirse a toda una serie de dimensiones antropológicas y sociales. Significa ser-sí-mismo, pero también ser-tú, ser-con y ser-en-el-mundo. Pero no ser-en-el mundo receptivo, paciente, sino básicamente activo, agente, ser-con-el-mundo” (Mélich, 1994, citado en Hurtado 2008, p.120). En lo social, se distinguen dos subcategorías, la familia y la comunidad, siendo la primera la destacable, la interacción con su familia, su ser corpóreo dentro su entorno, cómo se manifiesta y la perciben desde el mundo que le rodea: lo tangible.

Águila y Soto en Matoso (2006) postulan que la corporeidad es “la vía para conocer e interactuar con el mundo y una experiencia del saber a través de los sentidos” (Águila y Soto, citado en Matoso, 2006, p. 414). Esta afirmación impulsa a reflexionar sobre cómo nuestra corporeidad se percibe, emergiendo como una existencia autónoma. Al explorar categorías culturales, se desglosan en costumbres y raíces, revelando que las costumbres, como prácticas corporales, estereotipos y modas, se destacan, posicionándose en tercer lugar entre todas las subcategorías extraídas de la transcripción asignadas a la corporeidad.

Hurtado (2008) caracteriza a un ser reflexivo y pensante, dotado de una psique y capacidad racional. Este sujeto se encuentra impregnado de emociones, afectos y convicciones profundas, todas ellas conectadas a su dimensión espiritual. En la categoría que aborda las convicciones y creencias espirituales de las personas mayores, se espera que se presenten indicadores más prominentes, que incluyan la conceptualización de lo espiritual según la percepción de la persona anciana y las manifestaciones que puedan expresar. A pesar de esta expectativa, no se le concede un énfasis significativo en el análisis de estos aspectos.

Alicia Grasso (2020) expresa que el ser humano es la manifestación de la corporalidad, la encarnación de todo lo que lo conforma y lo define. El ser corpóreo está en constante crecimiento y desarrollo personal, las circunstancias lo influyen. Como última categoría en cuanto a la corporeidad, se encuentra lo económico y sus dos subcategorías, que sería “ama de casa” y “comerciante/empleado”, sus experiencias personales traen consecuencias a su corporeidad, una alteración y representación de sí mismos.

Bernate y Fonseca (2022) citando a Grasso y Erramouspe (2005) en cuanto a la corporeidad, manifiestan que desde que se adquiere la capacidad de razonar, la perspectiva del cuerpo ha sido concebida como un instrumento que debe ser moldeado, ajustado y configurado para satisfacer necesidades particulares. En este enfoque, el cuerpo es considerado como una especie de máquina que se pone a disposición de los demás a través de un modelo sistemático y automatizado.

5.5 Los desafíos más allá del diagnóstico.

El Cuadro 5 describe los desafíos donde se explicitan las principales respuestas categorizadas en cuanto a las percepciones que experimentan las mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer de dicho grupo focal.

La capacidad de tomar decisiones por uno mismo es esencial para la consecución de la libertad. Cuando esta libertad se ve restringida, se plantea un dilema ético en el ámbito de la bioética, que lleva a reflexionar sobre la esencia de la condición humana. En este contexto, se plantea la cuestión de cómo asegurar que se respeten los deseos y derechos inalienables de las personas con demencia.

Cuadro 5 - Representaciones sociales acerca de los desafíos de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer. Paysandú, 2023.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGO	RELATOS
Autonomía	Sin autonomía	Azul (176)	<p>Dependencia de otras personas</p> <p>“Ahora la señora que me cuida a mí, me baña, me peina y todo eso...”; “Hoy me vestí sola, Andrea me dijo ponete esto”; “pero ahora no”; “ahora en mi casa de Andrea no hago nada”; “No, me ayuda ella”; “Que ella me me controla todo, los prepara en un pastillero y este”; “Eh yo antes cobraba pero no ahora no eh”; “No, hoy, hoy ,hoy que no estaba a Amelia, me tuve que vestir sola”.</p>
	Con autonomía	Azul oscuro 1 (423)	<p>Propias elecciones, toma de decisiones, responsabilización, pagos y uso de su dinero.</p> <p>“no tenemos distinción y no nos apuran. Si queremos trabajar, trabajamos, si no, si no queremos no trabajamos no”; “Si no queremos no trabajamos”; “Pero vivo sola”; “Me ha hecho bastante bien y vivo sola seguro eso también ayuda mucho mas”; “y yo decía que no”; “Este y bueno yo le dije no, yo acá de mi casa, no me saca”; “y bueno resolví”; “pero no no me aguantaba, me estoy digo no no me gusta Montevideo estaba 8 días, 15 días y me quería venir, así que extrañé mucho y me quedé acá hasta ahora estoy acá, vamos a ver hasta cuándo aguante*risas* yo pienso aguantar unos cuantos años más acá.”; “Solita, solita, solita”; “No, lo dejé cuando la cuarentena”; “Si yo también, este, yo por ejemplo para limpiar o agarrar alguna cosa lo agarraba y me subía prácticamente en una silla”; “Eso depende del carácter de cada uno”; “Cuando a me lo ofrecieron, no acepté enseguida como con cuidado, no, pero después que me adapte, soy de las personas reconozco que hay que fijarse y vivirlo para poder juzgarlo y bueno y así fue.”; “Yo me empeño”; “Yo me empeño también”; “Yo en mi casa cocinaba y hacía todo, en mi casa”; “Nadie me impone, ni nada”; “Yo la verdad que no puedo porque no quiero noma, eso no influye para mí”; “Sí ahora sí me lleva así, pero yo si yo quiero ir, pero si yo quiero ir ahora más no quise ir con mi hija, no quise ir con mi hija”; “Ah yo sí, yo resuelvo, si no porque ahora falleció mi esposo y yo resuelvo todo y sí, no lo dejo pendiente”; “Ay yo también también no”; “Yo también”; “Yo me mando sola ,resuelvo todas mis cosas”; “Yo también.”; “Si claro, por eso te digo que la persona resuelve ella todo solo, yo por ejemplo porque el dinero de mi casa lo manejo yo”; “Tengo anotado una libretita y le bueno cuando cobro le doy tal tal plata mi hija por los remedios.”; “y después para una otra cosa que precise pero yo voy al almacén y anoto lo que compro”; “Si yo todavía sí”; “Yo también, hago lo mismo. Yo este como es, me manejo sola, yo pago las cuentas, pago todo, pago todas las cosas que tengo que pagar, pagar la comida, yo me domino sola”; “A si yo me manejo también, compro todo manejo yo”; “Porque si no la tenían que tener en una casa de salud y a ella no le gustaba”.</p>
	Propio	Cian (247)	Hábitos de higiene, de cuidado personal, de tratamiento de afecciones o enfermedades.

Autocuidado			<p>“anoche tuve una pesadilla y yo me levanté con ganas de no hacer nada”; “Este sí bueno y hoy no me levanté y dije no, no tengo ganas y agarré con las plantas, me encantan mucho las plantas”; “Y bueno, como de vianda así que la cocina y así me encantaba hacer torta y eso que traía torta acá, pero ahora ya le dije prefiero dejarle la propina y no traer, le digo la vez pasada me puse una torta y me olvido porque me voy a las plantas. Porque me gustan mucho las plantas y eso, cuando quise se me había quemado no hago más *Risas* soy sola, pero si voy a comprar algún postre o algo, tengo que compartir con otra, tengo una amiga, esa comparto con amiga, pero así que esa es mi vida”; “No, yo me siento bien también porque igual para depilarme los brazos, las axila, este yo yo cada tanto bueno uso”; “Al hacernos eso parece que que estás más aliviada”; “Porque te higienizas mejor me parece ah”; “Yo voy todas las semanas”; “Claro sí sí sí sí no y yo lo que pasa que lo hago porque yo me siento mejor y me gusta hacerlo”; “Yo he pagado cantidad, yo he pagado cantidad a la muchacha”; “Si me peino yo”; “Para mi poder levantarme y hacer mis cosas yo me cocino y todo por ahora eso poder cómo voy a autocuidarme en el día y en la noche”.</p>
Autocuidado (continuación)	Promovido por la familia	Cian oscuro 1 (278)	<p>Quienes le brindan las herramientas para su autocuidado, como por ej. llevarlas a la peluquería. “Primero no quería venir me parecía que no me iba a adaptar bueno y tengo una hija que ella es joven y ella dice ,no, hay que probar sii, tanto,tanto insistió que me me convenció diciendo: *pausa* Mira vas tres días no te gusta y bueno hablamos y bueno pero, tantoro ya tres días van como 3 meses más o menos”; “ Y mi hijo me dice bueno mamá algo tenés que resolver, una de dos”; “Y después me hijo, mi hija vino, estuvo y habló con el doctor, una doctora que conocían y me llevó, no sabemos qué, vamos a ver, si la podemos poner en ADAP”; “Con la cuarentena dejé al auto, hacía mucho que mis hijos me estaban pidiendo que lo dejara”; “, cómprate otra nueva, mamá, se la regalas a la abuela y me la llevó mi yerno”; “Los niños o los hijos también empiezan, no, como no te vas a arreglar, que vas a ir acá, qué y porque mira que vi aquello para comprar, este, realmente es porque es una etapa de la vida en que nosotros necesitamos de ellos y ellos también, este, tratan de de de darnos lo mejor que ellos pueden porque nosotros también lo queremos no, al final lo queremos también”; “A mí siempre me regala mi hija, mi nieto”; “No no, mi hija me lleva”; “La señora que me cuida”; “Y me hago el espacio para, Ajá, porque a veces le digo a mi hija las 10 y pico, le digo, Queres que te active con con la comida y entonces dice bueno ma hace un “tal cosa” y yo le hago la comida. De vez en cuando”.</p>
	Sin marido	Rojo baya (156)	<p>Alusiones a la viudez, al cuidado y fallecimiento del marido. “siempre después que mi marido murió que hace como 7 (se quiebra la voz) años, siempre viví sola”;</p>

<p>Pertenecía</p>			<p>“Yo quedé viuda,”; “Yo cuando quedé viuda”; “como yo me quedé sola”; “porque hace un año que me mudé y este el 31 de el 2022 falleció mi marido 59 años casado”; “Sí cumplimos y y después él estaba cti y después llegó a casa ese día el 22 de de agosto y dice Ay mira dice vamos a almorzar juntos, dice, que y pero estuvo dos días y después se fue de vuelta y bueno estaba estaba difícil el asunto”; “y hoy en día con mi esposo falleció *pausa*también y después que falleció él ya de aquí a Montevideo y de Montevideo acá y nada mas”; “n y bueno, mi padre también fue camionero, yo siempre anduve con mi padre”; “También porque tenía 9 años cuando nació mi hermano, entonces yo aproveché ese tiempito para mí”.</p>
<p>Pertenecía (continuación)</p>	<p>Con marido</p>	<p>Rojo baya oscuro 1(293)</p>	<p>Todas las actividades que realizada en la vida en matrimonio. “Ella dice que siempre, salía con el esposo”; “En los viajes a veces cuando podía llevarla, la llevaba”; “cuando yo este como es, tenía mi esposo enfermo que yo lo tuve como 5 años 3-2 años lo tuve en cama, que no se levantaba, se hacía todo en la cama y todo siempre lo cuidé yo”; “y no salíamos mucho porque yo salía sí pero los cumpleaños y todo”; “este y él no quería salir a ningún lado y después teníamos vehículo, yo tenía moto y teníamos autos y todo y pero lo vendimos”; “Yo en la mi época sí después punto final”; “Yo viajaba muchísimo”; “pero me conocí a Europa de pe a pa porque los dos éramos callejeros”; “Yo muy lejos no iba, pero mi esposo era camionero y yo siempre iba con él, Montevideo trabajaba para la barca americana”; “Y siempre tuvo camión”; “Después con mi esposo como no tenía hijo”; “Yo me iba y conocí todo el Uruguay”; “Lo que pasa que soy mal enseñada no, mi esposo hacía todo yo vivo un apartamento, pero ahí había arriate, no sé bien cómo se dice y él plantaba y arreglaba y hasta el día de hoy lo miro nomas”; “Viajaba, viajaba me gustaba mucho cuando recién me había casado teníamos la costumbre de que salíamos en semana santa toda la semana mi cuñado tenía una camioneta grande que repartía leche el Bachino”; “después yo me casé”; “y ahí después me casé nos fuimos a Compramos un terreno, la casa”; “yo esperaba que él tuviera licencia para poder hacer viaje y de ahí salíamos todos los años a hacer viajes un día íbamos a un lado, excursión y así anduvimos”; “Y después me casé y mi esposo era camionero también”.</p>
	<p>Con Centro</p>	<p>Azul aciano (572)</p>	<p>“porque trabajamos muy lindo con la con la chiquilina que, cómo, psicomotricista”; “Nosotros acá Clavel (no incluida), Girasol y Rosa, somos las que vinimos primero hace años”; “Ella (Jazmín), ya habían venido, estaba con Girasol. Yo vine en el año 2019”; “Yo vine perdida y después me fui me quise integrar enseguida porque miré corrí la cortina y miré y vi que el grupo era lindo y después ya no sé vino eso que me iba a mejorar”; “Y nos gusta cómo nos tratan porque a</p>

Diagnóstico			<p>todos por iguales”; “Sí y ahora estoy bien, cocino y limpio todo y ahora vengo tres veces a la semana los lunes, los martes y los viernes porque como estoy bien pero tampoco no, no ando sola en la calle hasta una cuadra ahí que ahora estoy viviendo al lado de la casa de mi hija”; “acá trabajando y tengo un equipo de compañeras que son excepcionales”; “Si si si, realmente es muy agradable este todos buscamos el mejor camino y yo no creía haber agarrado el mejor camino y fue el mejor camino”; “bailamos siempre”; “empecé a venir acá el año pasado a mitad de año y me gustó siempre, mis compañeras y todos muy atentas, todos”; “Si el año pasado, Medio año empecé”; “Yo debo ser la última”; “Pero yo la incentivaba para que viniera”; “Y un año no hace todavía”; “pero mejoré mucho sí”; “No la última que vine, que empecé acá, *risas* no estoy hablando del grupo, me interpretaron mal, yo dije yo soy la última de venir cuanto? Hace poco acá”. “Pero yo la incentivaba para que viniera”; “ahora ya ya interpreto mejor, ya vengo mejor ya.”; “Seguro no? No pero acá, he cambiado pila, verdad (Preguntando a las otras mujeres)”; “He cambiado pila”; “Pero ahora acá me siento bastante bien, si me siento bien, sí”; “Pero ahora me siento bien y tengo, todas son buenas compañeras”; “Así que para ahora y acá me siento muy conforme, muy contenta, que tengo muchas amigas todos, con todas me llevo bien”; “Pasamos regio, compartimos con todos, hacemos lo que podemos lo que no podemos no hacemos”; “Yo empecé venir acá”; “ Y ahí empecé venir acá y me tranquilicé”; “Así que ya el mes que viene no vengo”; “Mira yo quiero ir terminar cuando termine ADAP y ahora me dice Marta no va a terminar en Diciembre va a terminar *risas* porque después viene fin de año ya, después fin de año me lleva de vuelta”; “Termina en diciembre.”; “Así que, acá por eso pero yo me siento muy tranquila, acá”; “Y así que estamos bien está”; “Y bueno y la actividad que estamos haciendo, ahora, eso era, no sabíamos que existía, yo por ejemplo no sabía que existía”; “por eso estoy acá todavía”; “ahora cocino y limpio y hago una cuadra, dos cuadas haciendo mandados”; “Ah yo sí yo sí, porque yo dudaba venir aquí y miraba los integrantes y decía no, no que sí ta, pero después de una semana que estuve aquí no me quise mover más porque reconocí que yo me sentía muy bien acá y que si tenía alguna duda yo se la decía, yo con el director, siempre desde que entré muy sincera tanto la conducta mía como la conducta de él”; “Yo también, y vine acá, y vine y me gusto seguir viniendo, nada más”; “No no hago todo acá”; “Pero ella se siente que acá está bien”.</p>
Diagnóstico (continuación)	Sin Centro	Azul anciano oscuro 1 (185)	<p>Aparición de síntomas del Alzheimer, o alusión a los mismos “yo vine acá perdida, porque me dio de golpe eso, este yo estuve como un año y medio, así que me caía y se me aflojaba las piernas y se me golpeé la cabeza, este</p>

			<p>y después de un día de repente se me bloqueó la, no, no conocía ni mi marido, en ese entonces estaba él, ahora falleció, hace un año y mis hijos tampoco, ni la casa de mi hija donde me llevaba”; “Ella vino bien perdida, ella vino bien perdida porque ella vino el año pasado, no?”; “A veces me tenía, al principio me tenía que parar para mirar estaba como esos que hacen así.*risas* (movimiento de cabeza)”; “Para qué lado tengo que cruzar, me ha tocado eso, para qué lado tengo que agarrar”; “y no por él...”; “Y va a buscar las cosas y y iba y cuando llegaba a donde iba no sabía que iba a buscar”; “O claro pensarlo antes de hacerlo”, “Yo he mejorado mucho porque yo me había olvidado hasta de cocinar todo”; “el médico me dijo que de día yo puedo estar, pero de noche no”.</p>
--	--	--	---

Fuente: Las autoras.

Los números que aparecen entre paréntesis a continuación del código de color en el cuadro 5, son un conteo de palabras una vez codificadas las narraciones por parte de las participantes del grupo focal. El conteo se realizó a partir de las narraciones transcritas y codificadas del grupo focal, donde se incluyen todos los términos relacionados con las categorías y subcategorías.

En medio de esta inquietud, se destaca el papel protector de la bioética, orientado a prevenir situaciones de riesgo y falta de dignidad para los ancianos que han perdido parte de su autonomía. Esta protección es una responsabilidad compartida entre los familiares que los cuidan y los profesionales que los asisten. Este enfoque se ajusta a los principios éticos ampliamente aceptados, como la promoción del bienestar, la evitación de daños, la equidad y, sobre todo, el respeto a la autonomía, que puede desvanecerse irremediablemente a causa de la devastadora enfermedad de Alzheimer.

El desafío ante la disminución de la autonomía y la capacidad de comunicación verbal centrada en la comprensión del entorno, profesionales y familiares se ven desafiados a explorar enfoques para el cuidado de los adultos mayores con Alzheimer que requieren restaurar la libertad de elección que en el pasado les pertenecía, pero que actualmente no pueden ejercer.

En otra perspectiva sobre la autonomía se encuentra el informe “Perspectiva bioética: Acerca de la capacidad y el ejercicio de la autonomía, de la voluntad de los enfermos de Alzheimer” de Joanna Pereira Pérez (2011). En este documento expone basándose en varios autores- que la autonomía se basa en un principio fundamental de la libertad de expresión. Cuando esta libertad se ve obstaculizada, surgen dilemas éticos que cuestionan la esencia de la humanidad. En estas situaciones, se planteó la pregunta de cómo garantizar los deseos y decisiones de las personas con demencia, que tienen derechos inalienables.

En este contexto, la autonomía se basa en la libertad y el respeto a la dignidad humana, valores que deben ser reconocidos y respetados independientemente de las diferencias individuales. De esta manera, la autonomía se considera un aspecto inherente a la condición humana, y su objetivo es asegurar una vida digna.

Para lograrlo, es esencial que las personas conserven y se vean respetados de por vida, ya sea ejerciendo su autonomía hasta su fallecimiento o habiéndolo ejercido previamente a sus limitaciones, para que sus deseos tengan validez en momentos en que no puedan expresarlos claramente. En consecuencia, el ejercicio de la autonomía de la voluntad de un individuo con Alzheimer debe ser comprendido no solo cuando conserva su capacidad, sino también cuando ha expresado sus deseos anteriormente, lo que constituye una manifestación de su derecho a la libertad y el respeto a su dignidad. La persona sufrirá múltiples cambios, habrá una disminución o incluso una ausencia de participación en actividades sociales, así como una reducción en la frecuencia de las relaciones sociales.

Hablando de la pertenencia de las personas podemos citar a Castellano (2014) en Carrillo (2018) habla sobre los efectos positivos que aportan el apoyo social en adultos mayores, se traducen en beneficios para ellos y su familia. La persona sufrirá múltiples cambios, habrá una disminución o incluso una ausencia de participación en actividades sociales, así como una reducción en la frecuencia de las relaciones sociales.

A través del grupo focal en esta investigación, se lograron obtener resultados significativos en relación con los desafíos que experimentan las mujeres adultas mayores que padecen enfermedad de Alzheimer. A pesar de su condición, estas participantes evidenciaron tres aspectos cruciales en estos estudios: autonomía, la vida dentro del centro ADAP y la vida fuera de dicho centro.

En relación con su autonomía, se observó que muchas de estas mujeres vivían solas y llevaban a cabo sus actividades cotidianas de manera independiente. Expresaban sus deseos, tomaban decisiones autónomas y gestionaban sus propios recursos económicos.

Contrariamente a las teorías previamente mencionadas, las cuales sugieren que la autonomía de las personas mayores disminuye con la edad y que requieren mayor atención, perdiendo así su libertad y disminuyendo o anulando sus interacciones sociales, este estudio reflejó que, a pesar de su avanzada edad y el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, estas personas mantenían su autonomía y también cabe destacar que estas mujeres mantenían relaciones sociales, realizaban salidas y consideraban el centro como un entorno en el cual se sentían cómodas, es importante mencionar que estas mujeres cuentan con una red de apoyo que les brindaba respaldo.

La manifestación de la autonomía en estas mujeres se ve reflejada a través del apoyo proporcionado tanto por sus familias como por los profesionales que las asisten. Además, se evidencia una notable influencia del centro en la vida de estas, ya que acuden en busca de la

compañía de sus pares y para atender aspectos cognitivos. Se ha observado que cuando no participan en las actividades del centro, experimentan malestar.

Esto reafirma lo que expone Castellano (2014) citado en Carrillo (2018) cuando se refiere a la pertenencia de las personas mayores podemos hablar sobre los efectos positivos que aportan el apoyo social en adultos mayores, se traducen en beneficios para ellos y su familia.

6. CONSIDERACIONES FINALES

En cuanto a describir la corporeidad de mujeres adultas mayores con Alzheimer en Paysandú, se logró realizar observaciones y obtener datos en el grupo focal para la realización de la descripción, dentro de esto, se destaca una percepción positiva del cuerpo en la mejora de su estado físico, cognitivo y social, también su autonomía antes y después de su participación en el centro ADAP. Asimismo, se evidencia un importante apoyo proveniente de familiares y amigos en su proceso de recuperación y desarrollo personal, demandando ajustes en la rutina para que puedan evitar desenlaces desagradables.

En cuanto a comprender los desafíos de mujeres adultas mayores con Alzheimer en Paysandú, se infiere que estas mujeres realizan en soledad, donde la pérdida de memoria es un obstáculo cotidiano. Sin embargo, a pesar de este desafío, junto con sus familias, hacen un notable esfuerzo por preservar su autonomía y fomentar prácticas de autocuidado.

Dentro de nuestras potencialidades, existen ausencias de investigaciones que abordan el tema del proceso de salud/enfermedad-atención/cuidado de Alzheimer desde la perspectiva de la corporeidad en mujeres. A menudo, este tema se aborda desde la enfermedad en sí o desde la mirada del cuidador. Esto nos permite formular nuestras propias conclusiones. Otra fortaleza que identificamos es nuestra capacidad para llevar a cabo un enfoque más accesible, ya que se realizan pasantías desde nuestra carrera universitaria. Además, un punto a favor fue el acercamiento previo a las entrevistas, esto nos permitió conocer a las personas y seleccionarlas, en cuanto a sus características cognitivas y en consonancia con los criterios establecidos.

Sin embargo, las debilidades incluyen, la limitación de tiempo, que resultó insuficiente para llevar a cabo todo el guión planificado. También hubo retrasos en las respuestas de los participantes, algunos de los cuales se dispersaron en sus respuestas, y por consideración no los interrumpimos. Asimismo, experimentamos demoras en la obtención de los permisos necesarios por parte del centro y en la realización de las actividades planificadas, lo que retrasó la programación de la entrevista.

Con los resultados del grupo focal y las observaciones realizadas durante el acercamiento al centro, se realizará un informe de la experiencia realizada y una presentación para llevarlo al centro como resultado, para que los participantes y las propias mujeres partícipes vean la importancia de su trabajo. Esta presentación no solo busca compartir nuestros hallazgos, sino también fomentar una comprensión más profunda y una mayor conciencia sobre la enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva de corporeidad en mujeres.

La evaluación preliminar desempeña un papel crucial en este proceso. En nuestro caso, llevar a cabo esta evaluación previa en los acercamientos, facilitó una visión más

completa y realista del grupo involucrado y así observar sus limitaciones. Lo que llevo que esta sea estigmatizada, en cuanto a las proyecciones previas, dado que, en nuestro caso, hubo preliminares prejuiciosos. Otro punto a tener en cuenta es el género, nuestra población está orientada a mujeres, ya que nos resultó interesante que el género femenino era mucho más propenso a despertar esta enfermedad, por lo tanto, es importante el porqué de esta causa.

Debemos destacar que consideramos importante que se faciliten el acceso a centros departamentales donde se realicen abordajes multidisciplinares proyectado hacia el Alzheimer y otras demencias, como lo aborda el centro ADAP.

Los Licenciados en Educación Física necesitan asimilar que su rol profesional abarca desde la escucha activa, pasando por la aplicación de prácticas corporales y actividades físicas, hasta la colaboración con otros profesionales en el cuidado integral, así como el establecimiento de un diálogo constante con las familias y cuidadores.

Es imperativo que las futuras investigaciones dediquen una atención significativa a la población que tiene el diagnóstico de Alzheimer, en estos sujetos completos y complejos, no solo en sus cuidadores y en las características de la patología, desde la mirada biomédica. Las personas diagnosticadas con Alzheimer no pueden ser reducidas al diagnóstico. La población afectada por Alzheimer debería considerarse sin estigmas que se le asigna. Al contrario, es esencial reconocerla como individuos plenos, atravesados por una diversidad de experiencias y vivencias que van más allá de sus condiciones médicas. Es fundamental la comprensión de un proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. Este enfoque más integral permitirá una comprensión más completa de las complejidades asociadas con la enfermedad, abriendo nuevas perspectivas para futuras intervenciones.

El Licenciado en Educación Física desempeña un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de las mujeres adultas mayores con Alzheimer. Mediante programas de actividad física adaptada, que no solo fomenten la movilidad y la autonomía, sino que también atenúen los síntomas y ralenticen la progresión de la enfermedad. Al centrarse en la corporeidad, queda implícito que el profesional que trabaja con la corporeidad es el educador físico, el cual establece una conexión directa con las pacientes, facilitando la comunicación no verbal y resaltando su importancia en el cuidado integral. Esta investigación respalda la implementación de prácticas en espacios de salud, incentivando a los educadores físicos a contribuir activamente, fortaleciendo su posición en el equipo interdisciplinario de atención médica.

El reconocimiento de las representaciones sociales a través de la corporeidad en mujeres adultas mayores con Alzheimer impacta significativamente en el accionar del Licenciado en Educación Física. La comprensión de estas representaciones permite diseñar

programas adaptados que promuevan la salud física y cognitiva, respetando la identidad y experiencia de vida de las pacientes. Además, facilita la creación de espacios inclusivos que previenen el aislamiento social y promueven la interacción significativa. Esta comprensión informa la planificación de intervenciones y políticas, garantizando un enfoque integral en las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de las pacientes. En conjunto, el enfoque en la corporeidad conecta al educador físico de manera holística con las pacientes de Alzheimer, contribuyendo a su bienestar integral.

REFERENCIAS

AGUILA Soto, C., Lopez Vargas, J. J. (2019). *Cuerpo, corporeidad y educación: una mirada reflexiva desde la Educación Física*. España: Universidad de Almería.

ALASINO, N. (2011.). Alcances del concepto de representaciones sociales para la investigación en el campo de la educación. *Revista Iberoamericana de Educación*.

ALBERCA, R., Montes Latorre, E., Gil Néciga, E., Mir Rivera, P., Lozano San Martín, P. (2002). Enfermedad de Alzheimer y mujer. *Revista de Neurología*, 35(6), 571-579. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/ibc-22223>

AUDAS (2015), *Desafíos frente al Alzheimer*. Consultado en https://www.audas.org.uy/06_Informacion/AUDAS_Desafios%20frente%20al%20Alzheimer.pdf consultado 18 de noviembre de 2023)

BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70.

BATTHYÁNY, K., CABRERA, M. (2011). *Metodología de la investigación en las Ciencias Sociales*. Apuntes para un curso inicial. Udelar.

BENINI, F. (2020). Estudio transversal sobre la vivencia de los cambios físicos en la vejez. *Universitat Internacional de Catalunya Facultat de Medicina i Ciències de la Salut*.

BENJUMEA M. (2004) *La motricidad, corporeidad y pedagogía del movimiento en educación física*. Un asunto que invita a la transdisciplinariedad. En: III Congreso Científico Latino Americano – ISimposio Latinoamericano de Motricidad Humana. Universidade Metodista de Piracicaba UNIMEP.Brasil. (pp. 1-19).

- BERMEJO, J. C.; Martínez, A. (2004). La relación de ayuda a la persona mayor. Centro de Humanización de la Salud.
- BERNATE, J., FONSECA, I. (2022). Formación de la Corporeidad hacia un Desarrollo Integral. Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios .
- BREILH, J. (2003). Epidemiología crítica. Editorial Buenos Aires.
- BURLA, C., PESSINI, L., SIQUEIRA, J. E., NUNES, R. (2014). Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. Revista Bioética.
- CALLEJO, A. (2020). Tratamiento No Farmacológico en la Enfermedad De Alzheimer, Universidad Pontífica, Facultad de ciencias humanas y sociales.
- CARRILLO LOCK, A. M. (2018). Estimulación musical y memoria autobiográfica en adultos mayores con enfermedad del Alzheimer. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Universidad Pontificia.
- CARRILLO PRIMERANO, R.. (s/f). *La percepción como fundamento de la identidad personal*. Tdx.cat. Recuperado el 18 de noviembre de 2023, de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/298468/RCP_TESIS.pdf
- CASTELLANO FUENTES, C. L., (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), (365-377)
- CERRI, C. (2016). Envejecer (se) y cuidar (se): una aproximación antropológica al mundo de los mayores. Repositorio institucional de la Universidad Complutense de Madrid.
- DE JAEGER, C. (2018). Fisiología del envejecimiento. EMC - Kinesiterapia - Medicina física.
- GALLO CLE. (2007) El cuerpo en la Educación Física y su anclaje en la tradición platónico-cartesiana. En: Memorias del XX Congreso Panamericano de Educación Física. Perú; b. fasc. (p.1-15)

- GONZÁLEZ CORREA, A. M., GONZÁLEZ CORREA, C. H. (2010). Educación física desde la corporeidad y la motricidad. Scielo. Scielo.
- GÓMEZ, Jorge.(2002.) La educación física en el patio: una nueva mirada. Buenos Aires: Editorial Stadium.
- GUZMAN, E., MAYA, E., LÓPEZ, D., TORRES, K., MADRID, V., PIMENTEL, B., AGIS, R. (2017). Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. Salud y Sociedad.
- GRASSO, A, (2020), La Corporeidad en una Enseñanza Inclusiva, del cuerpo a la corporeidad, de lo enseñado al Nuevo Aprender. TrasCorpore - Revista Científica Especializada, Año 1, Número 1, (p.p. 12-22) consultado 18 de noviembre 2023 en <https://revistas.investigacion-upelipb.com/index.php/trascorpore/issue/current>
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (2010). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (Sexta ed.). McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- HERRUZO CABRERA, R., BOLÚMAR MONTRULL, F., GESTAL OTERO, J. J., DELGADO RODRÍGUEZ, M., FERNÁNDEZ-CREHUET NAVAJAS, J., SERRA MAJEM, L.(Eds.).(2015). Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública. Elsevier Masson SAS Éditeur.
- HURTADO, D. (2008). Corporeidad y motricidad. Una forma de mirar los saberes del cuerpo, (119-136).
- KONEXION ALZHEIMER; Las 7 fases del Alzheimer (consultado 18 de noviembre de 2023 en <https://konexionalzheimer.com/las-7-fases-del-alzheimer/>).
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, (2022) Humanización de los Cuidados, CUIDADOS CENTRADOS EN LAS PERSONAS: Guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia).
- NOGUEIRA, D. (2015). Feminización del envejecimiento.UdelaR. Colibrí.
- NUÑEZ DE ARCO MENDOZA (2015) Psicología Criminal y criminalística. 4ta edición, La Paz, Bolivia.

OLIVERA, D. M. (2020). Sin mi memoria. Universidad del Atlántico.

OMS- Organización Mundial de la Salud. (2022) Envejecimiento y salud.

ORMAZA, C. (2022). La reminiscencia como técnica para prevenir el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores. Repositorio Universidad Estatal Península de Santa Elena.

ORTEGA NAVAS, M. C. (2019). IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Revista semestral para animador@s y educadores soci@les.

UNED.

PAREDES OJ.(2003) “Desde la corporeidad a la cultura. Buenos Aires. 28. Paz, A. (2015). La función de la memoria : frontera entre el envejecimiento cognitivo y la Enfermedad de Alzheimer. Colibrí. Obtenido de efdeportes.com: <https://efdeportes.com/efd62/corpo.htm>

PEREIRA PÉREZ, J. (2011). Perspectiva bioética acerca de la capacidad y el ejercicio de la autonomía de la voluntad de los enfermos de Alzheimer. Revista Latinoamericana de Bioética, Páginas 86-97.

POSSO, G. (2021). Determinantes socioculturales relacionados con el grado de dependencia y autocuidado del adulto mayor, barrio San noNoJuan, Latacunga. Repositorio de Universidad Técnica de Ambato,

RAE-REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (R.A.E). Rae.es. Recuperado el 18 de noviembre de 2023, de <https://www.rae.es/>

RODRÍGUEZ, S. (2022). Vejez y envejecimiento en San José: la intervención desde el ámbito municipal. Colibrí. Universidad de la República del Uruguay.

SALAS, P. M. (2006). La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. Cultura de los cuidados.

SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO (2015): Las personas mayores en Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/sistema-informacion-sobre-vejez-envejecimiento-2015-personas-mayores>

SOLÁNS, M. (2016). Representación del envejecimiento en la narrativa de Iris Murdoch. (Universidad Nacional de Educación a Distancia (España).Facultad de Filología. Departamento de Filologías Extranjeras y sus Lingüísticas).

SOTO, F., JIMÉNEZ, D. (2019). Musicoterapia como tratamiento no farmacológico en pacientes diagnosticados con Alzheimer. Uniminuto,

TOBAR, F. (2001). Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. FIOCRUZ.

VALLEJO Mireles, F. (2011). REFLEXIONES SOBRE LA CORPOREIDAD,Escuela Normal del Estado de Querétaro "Andrés Balvanera"

APÉNDICES

	AÑO	AUTOR	TÍTULO	INCLUIDO	EXCLUIDO	JUSTIFICATIVA
1	2020	Olivera Badillo, Diana Margarita	Sin mi memoria	X		Plantea una definición de Alzheimer y aborda la importancia del cuerpo.
2	2015	Stephany Karola Ariansen Moncada, Thais Almendra Panta Díaz, Rosa Jeuna Díaz Manchay, Francisca Constantino Facundo	El familiar cuidador y su proceso de adaptación para cuidar a la persona con Alzheimer según la Teoría de Callista Roy.	X		No, aborda al cuidador.
4	2017	Guerrero Muñoz, Joaquín	Narrativas del cuerpo y la enfermedad.		X	Capítulo de libro, hay que pagar para acceder (no se cuenta con financiación para este fin)
5	2012	Pedro Sanchez Vera	Cuerpo, discapacidad y vejez.		X	Está bueno lo que plantea en la página del libro que está disponible en la web. No está completo se corta, saque algunos materiales en cuanto a los sentidos del cuerpo como construcción social. (no se cuenta con financiación para este fin)
6	2016	Pardo, Rebeca	La representación de la muerte en narraciones autorreferenciales fotográficas de enfermedad contemporáneas.		X	Aborda las Representaciones de la muerte en diferentes enfermedades.
7	2014	M ^a Rosalía león molina	Centro de mayores libres de sujeciones.		X	Plantea las prácticas libres de sujeciones (ataduras).
8	2018	A Escolano Benito	El giro afectivo en la historia de la formación humana. Memorias de la escuela y emociones.		X	En la página 413, menciona a Antonio Damasio puede servir
9	2006	E Gutiérrez, P Ríos	Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico.		X	Expone los componentes de una teoría de la producción de las edades.

10	2022	Ormaza Intriago, César David	La reminiscencia como técnica para prevenir el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores.	X		Desde la perspectiva biomédica, se puede tomar algo.
11	2005	Fernando Maestu, Javier González-Marqués, Gisèle Marty, Marcos Nadal, Camilo José Cela-Conde y Tomás Ortiz.	La magnetoencefalografía: una nueva herramienta para el estudio de los procesos cognitivos básicos.		X	Aborda los procesos cognitivos básicos desde la magnetoencefalografía, tiene una perspectiva biomédica.
12	2014	Fernando Viveros Collyer	Reflexión del Discípulo: Olvido y soledad de la vocación filosófica en Chile.		X	Aborda la filosofía en Chile.
13	2015	Daniela Morales	Editando Memorias.		X	No habla de los conceptos que queremos trabajar.
14		Fernando Maestu Unturbe	Los procesos cognitivos y su estudio en clave tecnológica: El caso de la magnetoencefalografía.		X	(NO)- Habla de la actividad cerebral desde la tecnología.
15	2002	Maria Isabel Serrano Gonzalez	La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud.		X	Habla de cambios en la salud (socio-sanitarios).
16	2021	-Jessica Gracia Gonzalez -Maria Isabel Ventura Miranda	Fenomenologías de la sexualidad del adulto mayor.		X	Sexualidad del adulto mayor.
17		-Leister Acosta Queralt -José F. Freire Cardoso	El cuidado: un concepto ineludible en la ética de enfermería.		X	Habla del cuidado que tiene el enfermero.
18	2015	Mariàngela Solàns Garcia	Representación del envejecimiento en la narrativa de Iris Murdoch.	X		Aborda el proceso de envejecimiento
19	2018	Agustin Escolano Benito	El giro afectivo de la historia de la formación humana. Memoria de la escuela y emociones.		X	Memoria afectiva de la escuela.
20	2012	-Enrique Marriola Anchola -Carlos Fernández Vladero	Demencia severa, avanzada y cuidados paliativos.		X	Sería una exclusión de nuestra investigación.

21	2009	Josè Ramon Flecha Andres	Dios de los ancianos.		X	Habla de los ancianos vistos por la sociedad.
22	2004	Bermejo Jose Carlos	La relación de ayuda a la persona mayor	X		En el capítulo 4 habla del Alzheimer y dice que la enfermedad es considerada poco frecuente hasta los 60 años y que la presencia creciente de enfermos de Alzheimer es más numerosa en personas mayores. Algunas características de una persona con Alzheimer y entrevistas que nos pueden servir para hacer preguntas en el grupo focal.
23	2021	Angelo, Patrizia Croce	El juego como recurso psicoeducativo para la tercera edad, un estudio de caso en la residencia geriátrica.		X	No, habla del juego lúdico.
24	2017	Planella Jordin	Pedagogía sensible: sabores y saberes del cuerpo y la educación.		X	No habla de la corporeidad de la Normalidad y Anormalidad-Pensar el cuerpo más allá de la carne: símbolos, y registros corporales.
25	1997	J. Lluís Conde Sala	Prevención de las patologías y cuidados de la salud en las personas mayores.		X	No. Habla de los factores biológicos, sociológicos, psicosociales, psicológicos.
26	2008	Bermejo Jose Carlos	Humanizar el cuidado a los mayores.		X	Habla de lo público y privado. En la página 85 hay una figura que tiene alteraciones del lenguaje, según la evolución de la enfermedad. Las fases de la enfermedad de Alzheimer. No se accede al libro completo, requiere pago y no se cuenta con financiación para este fin.
27	2006	Pedro Manuel Salas Iglesias	La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida	X		Habla del cuidado ¿cómo debe ser el cuidado?, Itinerarios empíricos racionales de la praxis del cuidar

			en el envejecimiento.			para alcanzar el éxito la calidad de vida en el envejecimiento y Integración de los cuidados como promotores del éxito y de la calidad de vida
28	2017	Roquè Sánchez Maria Victoria, Guerrero Muñoz Joaquín	Cuidar el cuerpo vulnerable, perfeccionar lo humano. (El cuerpo enfermo)		X	No me deja verlo, porque debo pagar.
29	2022	Naranjo Rodriguez Valentina	La musicoterapia como una nueva forma para el tratamiento de la depresión: una revisión sistemática.		X	No; habla de la musicoterapia para el tratamiento de la depresión y su utilidad en la disminución de su sintomatología. Esta revisión sistemática permite ser un referente para el surgimiento de nuevas preguntas alrededor de la efectividad de este tipo de tratamientos para la depresión, los cuales podrían incentivar el uso de estas estrategias de manera que pueda extenderse su aplicación y sus beneficios a toda la población, Teniendo en cuenta que la musicoterapia es una intervención que abarca un gran rango poblacional que incluye niños, adolescentes y adultos mayores.
30	2021	Murillo Rendòn Santiago	Sistema computacional para el entrenamiento cognitivo.		X	No. Habla de un Sistema de Entrenamiento Cognitivo computacional (SECC), fundamentado en los Sistemas Cognitivos Artificiales (SCA), para la estimulación cognitiva de personas con Deterioro Cognitivo Leve (DCL), que sufren deficiencias de Fluidez Verbal (FV).
31	2012	Marianne Bloch-Robin	La voz recobrada de los silenciados		X	No. Habla del llanto inarticulado,

			en La Llorona de Jayro Bustamante.			desempeña un papel central en el arco narrativo de la película.
32	2002	Mi Serrano González	La educación para la salud del siglo XXI.		X	Es muy amplio, habla del anciano en la sociedad. Habla de la imagen corporal. pàg 181
33	2013	GE Chiscul Gálvez, EN Chavez Cárdenas	Efectividad del programa educativo nivel de conocimiento y prácticas de cuidado del adulto mayor autovalente en cuidadores familiares.		X	No abre el archivo.
34	2002	MTEL Nicolaas	Los espejos deben ser Negros.		X	Habla de la negación de la vejez, pàg 11, 12, habla de musicoterapia. Relata una clase de musicoterapia en un geriátrico, nos puede ayudar como guía
35	2009	BM Rodríguez	Climaterio masculino.		X	Habla del climaterio que es el periodo que va de la madurez a la vejez, climaterios.
36	2018	NA Sandoval Cardozo	Cambios neuropsicológicos del envejecimiento y su relación con la actividad física en adultos mayores.	X		Hace una comparación entre mujeres y hombres que realizan actividad física , adulto mayor pàg 7.
37	2019	JL Salas Herrera	Comprensión del lenguaje de acción real, mental y contrafactual en adultos mayores: una aproximación desde las teorías corpóreas.	X		Tesis que habla sobre el envejecimiento cognitivo.
38	2017	J Planella Ribera	Pedagogías sensibles: Sabores y saberes del cuerpo y la educación.	X		Hable del cuerpo y como lo podemos pensar.
39	2018	G López Cortacans	La imago Dei en las personas con discapacidad intelectual.		X	Habla de la discapacidad intelectual, no habla de los temas.
40		JM Jiménez, AG González, LR Rey	Cuidados de las personas mayores en Cuba: lecciones de la pandemia.		X	No carga la página.
41	2012	A Szczekliak	Core: sobre enfermos,		X	Habla de enfermedades.

			enfermedades y la búsqueda del alma de la medicina.			
42	2021	A Duran González	El video como estrategia didáctica del ejercicio físico del adulto mayor: análisis metodológico		X	Error. No se puede visualizar
43	2017	Lozada Torres, Edwin Fabricio Luna Bonilla, Marco Vinicio	La actividad física en la fuerza del adulto mayor del centro gerontológico "Vida a los años" de la ciudadela España del cantón Ambato		X	No habla de Alzheimer.
44	2021	Torres Cuevas, Cindy Milena Espitia Guerrero, Gabriel David Becerra Becerra, María Trinidad	Experiencias de enfermería con pacientes oncológicos paliativos en servicios de urgencias en Bogotá, año 2021		X	Habla de las enfermeras, no del paciente. No habla de Alzheimer.
45	2018	Bravo Cruz, Rosa María	Efectos de un programa de enseñanza de la danza tradicional en el aprendizaje motor de adultos mayores de un distrito de Lima, 2018			
46	2012	Bayas, Fernando Quinzo, Luis	Incidencia de la bailoterapia con ritmos nacionales andinos en la coordinación de las personas atendidas en el centro de cuidado del adulto mayor "San Sebastián" en el periodo de julio a noviembre del 2012.		X	No habla de Alzheimer. Es muy viejo (2012)
47	2020	Ruiz Rivas, Sebastian	Luces y sombras. Poética pictórica de la materia intangible.		X	No está relacionado con la salud o la educación física. Habla de arte
48	2020	Maynor Antonio Mora	El tiempo sujeto.		X	No habla de Alzheimer. Ni de corporeidad
49	2016	Cerri, Chiara	Envejecer (se) y cuidar (se): una aproximación antropológica al mundo de los	X		Habla de envejecimiento y cuidado.

			mayores.			
50	2014	Masud Husain	Conferencias invitadas		X	Es viejo (2014). Habla de lenguas.
51	2022	MIGUEL FERNÁNDEZ DOMÉNECH	Cuidando las personas en la etapa final de vida: un programa de formación pastoral para ministros y voluntarios en la iglesia evangélica bautista de Xàtiva, Valencia, España.	X		Habla de cuidado pero desde lo religioso.
52	2018	Victor Fernando Anguiano Alvarado	Otro VIH/SIDA		X	Habla del Sida
53	2020 /22	Eloisa Rivera Ramirez	La vida sexo afectiva de la abuela y otras representaciones de las personas mayores en el cine mexicano contemporaneo.		X	Habla de sexoafectivo en el cine contemporáneo
54	2018	Juan A. Tovar Larrucea	Gemelos Unidos (siameses): problemas éticos y técnicos		X	Descartado por su título.
55	2022	Emilio Ruiz Alanis	PRESENTA (El mundo a nuestras narices. Un acercamiento interdisciplinario al olfato		X	Habla de Olfato
56	2014	Adriana Kiczkowski Yankelevich	La construcción narrativa del terrorismo: las "novelas de la glocalización" en la literatura posterior al 11 de septiembre.		X	Habla del Terrorismo
57	2015	Andres Reina Gutierrez	El diseño de experiencias en robótica social asistencial para la tercera edad : análisis de la película Robot & Frank.		X	Habla de Robótica
58	2008	Amanda Elizabeth García Barrera	Consideraciones Bioéticas en torno al Cuerpo Envejeciente en la Modernidad.	X		Puede ser utilizado, habla de la percepción de envejecimiento y el cuerpo desde la bioética.
59	2021	-Jesus Martin Ramirez -Valentin Martinez-Otero	Sexo, género y violencia		X	Se tiene que pagar (no se cuenta con financiación para este fin)

		Perez				
60	2015	-Maria Alejandra Gomez Gutierrez -Julieth Paola Pulido Molina -Juan Manuel Roa Gutierrez	Metodologías aplicadas para mejorar la calidad de vida intelectual en personas con discapacidad intelectual.		X	Habla sobre personas con Retardo Mental
61	2005	Publicado por la Licenciatura de Gerontología (España)	Traducción automática del inglés al español de páginas web con información para personas mayores.		X	No va con nuestro tema
62	SA	Jordi Quintanilla	Sexualidad y Síndrome de Down		X	Habla de síndrome de Down
63	2015	Mario, Vidal Climent	Leer al enfermo: Habilidades clínicas en la formación psiquiátrica.		X	Habla de formación psiquiátricas.,
64	2019	Jersain Zadamiq Llamas Covarrubias	Derechos Humanos, Transhumanismo y Posthumanismo (Human Rights, Transhumanism and Posthumanism)		X	Habla de Derechos Humanos.
65	2020	Mariel Kalkach Aparicio, José Damián Carrillo Ruíz	Neuroética: Una guía multifacética		X	Guía de ética.
66	2015	Suquillo Yáñez, Johnny Rafael	La confesión sacramental como reconciliación con el Christus Totus		X	No habla nada de nuestro tema.
67	2020	Fina Antón Hurtado	Propuesta antropológica de un modelo analítico para abordar la syndemia. (Cultura de los cuidados)		X	No habla sobre nada de nuestro tema.
68		Luis Gomez Jacinto	Del miedo a la muerte. Monográfico Homenaje Florencio Jimenez Burillo		X	No habla de nuestro tema.
69	2008	Michel SCHOOYANS	Bioética y Poblacion		X	No habla del tema.
70	2018	Zapata Diaz, Guillermo Alfonso	Ars salutis como bioética reflexiva		X	No habla del tema.

71	2015	Jorge Núñez de Arco Mendoza	Psicología Criminal y Criminalística	X		Habla de Alzheimer.
72	2019	GA Zapata Diaz	Ars salutis como bioética reflexiva.		X	Habla del cuerpo de una mirada tecno-científica que en nuestra investigación no hablamos.
73	2015	R Gómez García	Validación de la clasificación de complejidad del proceso asistencial Integrado de cuidados paliativos andaluz.		X	No habla sobre los temas de la investigación.
74	2016	M Algaba Suárez, M Nagore Ferrer - Arte y carne.	Arte y carne: la anatomía a la luz de la ilustración.		X	Se tiene que pagar(no se cuenta con financiación para este fin)
75	2014	RF Kaparo	Inteligencia somática: arte y práctica de la atención corporal.		X	Describe diferentes ejercicios.
76	2015	EF Ulloa Paredes	La desnutrición y su influencia en la práctica de la cultura Física de los estudiantes de la Escuela Fiscal "Fernando Daquilema" del Caserío Chamballá de de la Parroquia Ambatillo del Cantón Ambato.		X	Habla de la desnutrición y la cultura física.
77	2019	MU Bardales Garcia	Desarrollo psicomotriz en estudiantes de educación inicial de una Institución Educativa Privada _ Los Olivos, 2019	X		Habla de la psicomotricidad de los niños de inicial. Habla de la corporeidad.
78	1976	JN de Arco Mendoza - Victimology	Victimología y Violencia Criminal.		X	No habla del tema.

79	2015	CJ Aimacaña Terán	Estudio acerca de las reacciones emocionales ante el diagnóstico de discapacidad en padres de niños y niñas con síndrome de down de la Fundación El Triángulo, desde la perspectiva existencial.		X	Habla de discapacidad en niños con síndrome de Down.
80	2016	C Rodríguez-Aguilera, JÁ Marín Gámez - Cesáreo Rodríguez-Aguilera	Cesáreo Rodríguez-Aguilera: libro homenaje en su centenario.		X	Hay que pagar para descargar(no se cuenta con financiación para este fin)
81	2019	Vega Sandra Viviana	Guia Metodologica para mantener y/o mejorar la coordinación motriz a través del baile en adultos mayores entre 60 a 80 años del barrio El Ingenio Cali Valle del Cauca.		X	No, habla del ejercicio físico y el deporte están perdiendo importancia por las múltiples actividades tecnológicas que se han vuelto frecuente en la cotidianidad, además de la vida sedentaria provocada por el cansancio laboral y el realizar todo lo anteriormente dicho en exceso a desencadenado problema de salud y de una u otra forma disminuyendo la calidad de vida de las personas.
82	2020	Garcia Mendez Engels Vladimir	La eclosión de la dignidad humana como fundamento jurídico-conceptual del Estado Social de Derecho en diez sentencias relevantes de la etapa de transición o inaugural de la Corte Constitucional (1992-1993).		X	(No) El documento analiza a la eclosión de la dignidad humana como basamento jurídico-conceptual del Estado Social de Derecho en Colombia en diez sentencias relevantes de la Etapa de Transición o Inaugural de la Corte Constitucional.

83	2019	Ruiz Vazquez Malleli Carolina	El estudio antropológico sobre la incidencia de los factores sociales para la inclusión de personas con discapacidad en la ciudad de Chetumal Quintana Roo.		X	No habla sobre la incidencia de los factores sociales para la inclusión de personas con discapacidad en la ciudad de Chetumal, Quintana Roo” sabemos que las personas con discapacidad no son consideradas, y por tal motivo no logran tener las mismas oportunidades.
84	2004	CA Arango Davila	The Brain:From structure and function to psychopathology: Second Part: Microstructure and the Processing of Information.		X	Aborda el sistema nervioso central desde las neurociencias y las psicopatologías.
85	2011	Carlos E Sluzki	La presencia de la ausencia: Terapia con familias y fantasmas.		X	Aunque aborda la temática, no se puede acceder porque no se cuenta con financiación para este fin.
86			Índice general (VOLS. IL).		X	No tiene nada de este artículo solo muestra índice.
87	2014	Flòrez Bermúdez Laura Victoria, Sanchez Bonilla Vivian Liseth, Suarez Valencia Katty Lorena, Trujillo Angulo Monica Johanna	Configuración del estigma en personas con sexualidades periféricas 1 configuración del estigma en sexualidades periféricas.		X	No, habla de configuración del estigma en sexualidades periféricas.
88	2018	Castañeda Rodriguez Alix Mireya	Efecto de la implementación de un programa polimotor en los procesos cognitivos (atención y memoria) en los niños de edad preescolar.		X	No, habla de que se basó una actividad física a intensidad moderada en los procesos cognitivos de atención y memoria en niños.
89	2011 - 2012	Garcia Lopez Ricardo, Banda Saucedo Nancy Cristina	Pruebas de aptitud física y su relación con el porcentaje de masa grasa en escolares.		X	No, habla de un estudio que fue determinar la conducta del consumo de los nutrimentos y examinar su relación

						con la composición corporal a estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en un estudio descriptivo, comparativo y correlacional.
90	2009	Esteban Duque Roberto	Ensayo sobre la muerte.		X	No, porque debemos pagar.
91	2017	Ivan Pintor Irazo	Figuras del cómic: Forma, tiempo y narración secuencial		X	No habla de nuestro tema.
92	2021	Coppola, Francesca	Lo perdido en la poesía del exilio de Rafael Alberti: "objetos, cosas y fetiches" en Pleamar, Retornos de lo vivo lejano, Ora marítima, Baladas y Canciones del Paraná		X	No habla de nuestro tema.
93	2017	Antonio Basanta	Leer contra la nada		X	Habla de algunos conceptos de nuestro tema, pero hay que pagar para acceder. No hay financiación para este fin.
94	2018	Joaquín García Carrasco, Ricardo Canal Bedia	Así somos los humanos: plásticos, vulnerables y resilientes		X	No habla de nuestro tema.
95	2020	Rojas Henríquez, Daniel Alcides	La dignidad humana y su contenido en las sentencias del Tribunal Constitucional Peruano del año 2012 al 2016		X	No habla de nuestro tema.
96	2004	Pérez Sedeño, María Concepción	Valores cognitivos y contextuales en período de ciencia normal : la medicina clínica		X	No habla de nuestro tema.

8.1 TABLA DE ÚSQUEDA EN GOOGLE ACADÉMICO PARA LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

8.2 FOTO DE PUZZLE DE LAS FLORES (GRUPO FOCAL)



8.3 GUIÓN DE ENTREVISTA

SENTIMIENTOS Y PERTENENCIAS

1. ¿Cómo te sientes hoy? ¿Ahora? ¿En relación con este espacio, ambiente, personas (social), física (comodidad, autoimagen, autopercepción, autocuidado), espiritualidad y emocional? Para conocer las concepciones de pertenencia.
2. ¿Has notado algún cambio en tu cuerpo recientemente? ¿Cómo te sientes con el cambio?
3. ¿Recuerdas alguna actividad que disfrutabas muchísimo en el pasado y que ya no realizas hoy? Ejemplo: Caminar, bailar, jardinería, nadar, viajar, estar con su pareja.
4. ¿Cuál es la actividad que más te gusta actualmente? ¿Por qué?
5. ¿Cómo te sientes acerca de tu capacidad para tomar decisiones?

DESAFÍOS

6. En la vida siempre existen desafíos para ayudarnos a superarlos, siempre existen personas que son nuestra red de apoyo... emocional, espiritual, tareas domésticas, cuidados personales, económico, médico, etc... ¿Puedes hablar un poco de tu red de apoyo?
7. ¿Cuál es tu mayor desafío en este momento?
8. ¿Qué tipo de ayuda te gustaría recibir en este momento?
9. ¿Hay algo que te gustaría hacer en la vida que aún no hayas hecho?

PREGUNTAS EFECTIVAMENTE REALIZADAS:

Corporeidad

1)¿Cómo se sienten hoy? , el día de hoy, “ahora” por ejemplo. ¿Y las actividades de tu vida puedes llevar bien?.

2) ¿Han notado algún cambio en su cuerpo recientemente? se han notado algún cambio que digan ¡Ay este yo sí bueno este cambio he notado algo físico principalmente se han notado? Una referencia al diagnóstico desde el diagnóstico hasta el día de hoy, después del diagnóstico, ustedes han notado algún cambio específico? Y a su cuerpo no si han notado algún cambio con respecto al cuerpo que ustedes digan ¡Ah yo esto podía hacer por ejemplo o no oo? influenció saber el diagnóstico después del diagnóstico, bueno digo ¡ay tengo este diagnóstico me voy a cuidar más! ¿Alguna más le ha pasado eso?, por ejemplo bueno hay este puedo y después me doy cuenta que no. ¿Y alguna otra le ha pasado eso?, por ejemplo, de notar una mejoría después de la asistencia, o después de empezar a asistir físicamente, por ejemplo? ¿Y este y a la peluquería y esas cosas van?.¿Y tienen crema de mano en la casa?, crema de mano, de cara y para el cuerpo?

3) ¿Alguna actividad que disfrutaban mucho antes y que hoy ya no la realizan?, por ejemplo qué le gustaba hacer antes que ahora no lo realizan? Yo me di cuenta y aprendí una cosa con ustedes que pintar me encanta.

4) ¿Qué actividad les gustaría les gusta actualmente? en una palabra, qué les gustaría, qué les gusta hacer, actualmente en una palabra. ¿La actividad que más te gusta?.

Desafíos

5) ¿Cómo se sienten tomando decisiones en su día a día? O este, no, ¿cómo se sienten en su capacidad de tomar decisiones?. ¿Y en cuanto al pagar?. este, y el dinero, por ejemplo no. Y este y en cuanto a la ropa por ejemplo ustedes eligen su ropa o se compran ropa.

6) Bueno eh en la vida siempre existen este desafíos ¿no? eh cuál eh y bueno en por ejemplo ustedes tienen red de apoyo personas que los apoyen y que se sienten cuidados o que necesitan. O que necesitan esa red de apoyo siente que la tiene. Esta red de apoyo no, no necesariamente son personas o acá la asociación, pero también puede ser la parte de espiritualidad.

7) En una palabra ¿Cuál es el mayor desafío que tienen hoy en día, un desafío, un reto, es decir cuál sería su mayor reto en este momento?.

En relación con la distinción entre las interrogantes previamente formuladas y las auténticas, cabe señalar que el centro ADAP emitió una recomendación que sugirió abordar y expresar las preguntas de manera diferente, dada la condición de vulnerabilidad de la población en cuestión. Esta sugerencia tenía el objetivo de evitar cualquier alteración en la sensibilidad de los individuos involucrados. Asimismo, en virtud de la necesidad de obtener una comprensión más integral, se propuso desestructurar la entrevista. Esta aproximación implicó despojar el proceso de la rigidez inherente a la estructura convencional, permitiendo así una exploración más libre de las experiencias, perspectivas y contextos de las participantes.

8.3 TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

Estimada participante,

Este estudio titulado “La corporeidad de mujeres adultas con Alzheimer de Paysandú: Sentimientos, pertenencias y desafíos”, está siendo desarrollado por las estudiantes: Karina Bigatti, Lucia Rodriguez, Valeria Moreira, Eleana Vonrotz y Natalia Rodríguez como Trabajo final de la Licenciatura en Educación Física del Instituto Superior de Educación Física (ISEF – Paysandú) de la Universidad de la República (UdelaR) bajo la orientación de la Prof. Ma. Ana Luisa Batista Santos.

El objetivo del estudio es investigar las representaciones sociales acerca de la corporeidad de mujeres adultas mayores diagnosticadas con Alzheimer en Paysandú. Si acepta participar, hará parte de un grupo focal de forma presencial en el lugar que el colaborador considere pertinente, y le será enviada con anticipación una copia con las (los) respectivas preguntas/temas que serán tratadas el día agendado por la equipe médica para la realización del grupo focal. El mismo será grabado en audio. Antes de su inicio, será solicitado que las participantes firmen el presente Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Los beneficios del estudio son el desarrollo de evidencias científicas en el referido campo de investigación en pro de las mejoras en el cuidado y asistencia de mujeres con diagnóstico de Alzheimer. Los riesgos son de carácter psicológico, considerando que hay algunas preguntas que cuestionan el pasado y desafíos presentes que pueden generar incómodos. Todavía, a cualquier momento usted puede desistir de contribuir con la investigación sin ningún prejuicio.

Los resultados de esta investigación serán utilizados únicamente con características académicas y de formación de grado, ayudando eventualmente a mejorar la experiencia de aprendizaje y enseñanza tanto de los involucrados en el estudio cuanto de las personas que hagan lectura del mismo.

Enfatizamos que su nombre será mantenido en absoluto sigilo siempre y cuando el colaborador así lo desee. Dejamos claro que su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento podrá desistir de hacer parte de la misma sin ningún prejuicio personal o institucional. En caso de cualquier duda o problema, el prof. orientador y las estudiantes a cargo estarán a disposición para responder dudas o inquietudes relacionadas a su participación en el estudio. Su contacto podrá ser hecho mediante correo electrónico o por vía telefónica a los contactos de las estudiantes investigadoras o el prof. tutor durante toda la investigación.

Consciente de lo anterior, yo _____ con documento de identidad No. _____, acepto voluntariamente participar en este estudio firmando este término de consentimiento y guardando una copia para mi archivo personal.

Firma _____ Ciudad: _____, (día) _____ del (mes) _____ de 2023.